


المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

# مدخل إلى
# الاقتصاد الصحي


تحرير

لورنا جينيس — فيرجينيا وايزمان

ترجمة

د. سارة سيد الحارتي — د. مروة سعد الرخ — د. دينا محمد صبري



مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية



# مدخل إلى الاقتصاد الصحي

# Introduction to Health Economics

---

الطبعة الأولى 2015

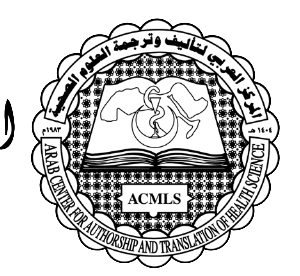


ردمك : ISBN 978-99966-34-70-3

www.acmls.org

ص. ب. 5225 الصفاة – رمز بريدي 13053– دولة الكويت

تليفون : 965-25338610/1/2+ فاكس : 965-25338618/9+




المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

ACMLS ـ دولة الكويت

# مدخل إلى الاقتصاد الصحي

تحرير

لورنا جينيس　　　فيرجينيا وايزمان

ترجمة

د. سارة سيد الحارتي

د. مروه سعد الرخ　　　د. دينا محمد صبري

مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

**المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، 2015م**
**فهرسة مكتبة الكويت الوطنية أثناء النشر**

330 جينيس، لورنا.

**مدخل إلى الاقتصاد الصحي/ لورنا جينيس، فرجينيا وايزمان؛ ترجمة: مروه سعد عبد اللطيف الرخ، سارة سيد الحارتي، دينا محمد صبري.**

- ط1 . – الكويت: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، 2015

440 ص، صور؛ 24 سم. – (سلسلة المناهج الطبية العربية؛ 155)

ردمك: 978-99966-34-70-3

1. الاقتصاد والصحة 2. الأولويات الصحية ـ اقتصاد 3. الخدمات الصحية أ. العنوان ب. السلسلة ج. فرجينيا وايزمان (مؤلف مشارك) د. مروة سعد عبد اللطيف الرخ (مترجم) هـ . سارة سيد الحارتي (مترجم) و. دينا محمد صبري (مترجم) ع . المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية. الكويت (ناشر)

رقم الإيداع : 448 / 2015

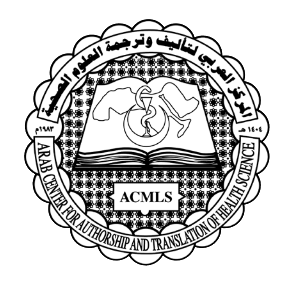
ردمك: 978-99966-34-70-3

**الطبعة الأولى 2015**



**ص.ب 5225 الصفاة ـ رمز بريدي 13053 ـ دولة الكويت**
**هاتف : 25338610/1/2 (965)+ فاكس : 25338618/9 (965)+**
**البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org**


بسم الله الرحمن الرحيم




# المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية.
- وضع المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية.

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية، فضلاً عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي.

# المحتويات


| | | | |
|---|---|---|---|
| المقدمة | : | ........................................ | ج |
| التمهيد | : | ........................................ | هـ |
| المحرران | : | ........................................ | ز |
| المترجمون | : | ........................................ | ط |
| إهداء الكتاب | : | ........................................ | ك |
| الشكر | : | ........................................ | ل |
| | : | المقدمة........................................ | 1 |
| **الباب الأول** | : | **الاقتصاد واقتصاديات الصحة**................ | 7 |
| **الفصل الأول** | : | مفاهيم مفتاحية في اقتصاديات الصحة................ | 9 |
| **الفصل الثاني** | : | الاقتصاديات الكبرى، العولمة والصحة................ | 31 |
| **الباب الثاني** | : | **العرض والطلب**................................ | 53 |
| **الفصل الثالث** | : | نموذج مبسط من الطلب................................ | 55 |
| **الفصل الرابع** | : | قياس الطلب................................ | 81 |
| **الفصل الخامس** | : | العرض: الإنتاج في المدى البعيد والقريب................ | 101 |
| **الفصل السادس** | : | العرض: التكاليف، اقتصاديات الميزان ومنحنى العرض | 123 |
| **الباب الثالث** | : | **الأسواق**................................ | 145 |
| **الفصل السابع** | : | نموذج مبسط للسوق................................ | 147 |
| **الفصل الثامن** | : | أسواق الرعاية الصحية والكفاءة................ | 169 |
| **الباب الرابع** | : | **تمويل الرعاية الصحية**................ | 191 |
| **الفصل التاسع** | : | التغير في عالم تمويل الرعاية الصحية................ | 193 |
| **الفصل العاشر** | : | المدفوعات لمقدم الرعاية الصحية ................ | 211 |
| **الفصل الحادي عشر** | : | التأمين الصحي الخاص................................ | 227 |
| **الفصل الثاني عشر** | : | تحقيق التغطية الشاملة................................ | 245 |
| **الباب الخامس** | : | **التقييم الاقتصادي**................................ | 261 |

| | | |
|---|---|---|
| **الفصل الثالث عشر** : | ما التقييم الاقتصادي، وما الأسئلة التي من الممكن أن تساعد في الإجابة عليه؟................... | 263 |
| **الفصل الرابع عشر** : | حساب التكاليف............................................... | 283 |
| **الفصل الخامس عشر** : | تحديد، وقياس وتقييم النتائج........................... | 307 |
| **الفصل السادس عشر** : | التقييم الاقتصادي واتخاذ القرار................... | 331 |
| **البـاب السادس** : | **العدالة**.................................................. | 355 |
| **الفصل السابع عشر** : | تعزيز العدالة ودور الحكومة........................... | 357 |
| **مسرد المصطلحات** : | ........................................................................ | 377 |
| **المراجع والقراءات الإضافية** : | ........................................................................ | 401 |

# المقدمة

هناك إدراك متنام ومتزايد لأهمية الصحة العامة للوصول إلى مجتمع صحي وآمن في كل أنحاء العالم، حيث إن أهم التحسينات لصحة المجتمع تأتي من خلال السيطرة على الأمراض السارية والتخلص من المخاطر البيئية، وتحسين النظام الغذائي للناس، ومن خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، وتطوير نوعية الرعاية الصحية، وللوصول إلى ذلك تحتاج كل دولة إلى كادر من ممارسي الصحة العامة الذين يملكون مهارات سياسية واجتماعية.

أُعد هذا الكتاب بأسلوب سهل وبسيط للتعلم الذاتي المستقل، حيث يبين كل فصل الأهداف التعليمية والمفاهيم الرئيسية، ويذكر العديد من الأنشطة التي تسمح للقارئ اختبار نفسه، كما يوضح كيفية تطبيق علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية، حيث تصبح أكثر قابلية للتحليل. كما يقدم قاعدة لهؤلاء الأشخاص الذين يرغبون في الانضمام والمساهمة بتجديد الصحة العامة، ويساعد في وضع الاهتمامات ووجهات النظر في مجال صنع القرار وتوفير الخدمات، ويقدم الكتاب أيضاً خلفية يمكن من خلالها تحليل القضايا والمشكلات الخاصة بقطاع الخدمات الطبية، ويسهم في تقييم السياسات الصحية المختلفة التي تسعى لتحقيق الكفاءة والعدالة في الرعاية الصحية، ويحدد التكاليف والمنافع لمختلف الاختيارات في قطاع الرعاية الصحية، فهو خير رفيق لكل طالب، أو ممارس للصحة العامة، أو صانع سياسة، أو باحث يسعى لفهم مبادئ الاقتصاد الصحي.

نأمل أن يكون هذا الكتاب مرجعاً طبياً حديثاً يضاف إلى المكتبة الطبية العربية من خلال ما تضمنته فصوله من معلومات هامة عن الاقتصاد الصحي ومبادئه، وما اشتمل عليه من شرح تفصيلي لفهم تلك المبادئ.

***والله ولي التوفيق،،***

**الدكتور/ عبد الرحمن عبد الله العوضي**
**الأمين العام**
**المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية**

# التمهيد

هذا الكتاب سيكون خيار مناسب لأي شخص يريد الدخول إلى مجال الاقتصاد الصحي وهو بلا شك من أفضل المؤلفات في هذا المجال حالياً. وهناك العديد من الكتب في الأسواق التي تدور حول الاقتصاد الصحي ولكن يتميز هذا الكتاب بتناوله للموضوع بطريقة تميزه عن غيره.

يتضمن هذا الكتاب ستة أبواب، حيث يتناول الباب الأول منها المفاهيم الأساسية للاقتصاد الصحي، والاقتصاديات والمشكلات التي نسعى لحلها، والاقتصاديات الكبرى والرعاية الصحية. ويستعرض الباب الثاني موضوع العرض والطلب، وكيف يؤثر كل منهما على السعر وكمية البضائع التي نمد بها الأسواق وتأثيرها على الإنتاج على المدى القريب والبعيد، كما يناقش الكتاب اقتصاديات الميزان ومنحنيات العرض. بينما يوضح الباب الثالث نماذج السوق وكيفية التفاعل بين العرض والطلب، ويبين كذلك طبيعة القوى الاحتكارية، والعوامل الخارجية وعدم تناظر المعلومات في أسواق الرعاية الصحية. أما الباب الرابع فيتناول تمويل الرعاية الصحية من حيث مصادره وكيف يتم إنفاقه، كما يتحدث عن الحوافز، والمدفوعات ودورهما في القطاع الصحي، ويتناول موضوع التأمين في القطاع الصحي وتحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي، والتغطية الشاملة. ويعرض الباب الخامس التقييم الاقتصادي والأسئلة التي يجيب عليها ويتناول طرق القياس والتقويم، وتقييم التكاليف والعواقب وتحديد وقياس النتائج، كما يناقش طرق تقديم وتفسير المعلومات وكيفية صنع واتخاذ القرار. ويُختتم الكتاب بالباب السادس الذي يتناول موضوع عدالة التوزيع والمساهمة موضحاً طرق تعزيز العدالة ودور الحكومة في ذلك.

***والله ولي التوفيق،،***

**الدكتور/ يعقوب أحمد الشراح**
**الأمين العام المساعد**
**المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية**

# المحرران

### لورنا جينيس (Lorna Guinness)

- مُدرسة محاضرة في الاقتصاد الصحي في مدرسة لندن للنظافة وطب المناطق المدارية.
- عملت في التعليم والبحث منذ عام 2001.
- كانت تعمل سابقاً لهذا كعالمة اقتصادية في برنامج الأمم المتحدة المشترك؛ لڤيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في جينيف.
- عملت أيضاً في اقتصاديات الرعاية الصحية في الدول ذات الدخل المنخفض في التعاقد بين الخدمات الصحية، واقتصاديات فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.
- حالياً تعمل كزميلة زائرة في المركز الإسترالي للبحوث الاقتصادية في الصحة في الجامعة الاسترالية الوطنية، كانبيرا.

### فيرجينيا وايزمان (Virginia Wiseman)

- مُحاضرة كبيرة في مدرسة لندن للنظافة وطب المناطق المدارية.
- تقود بحوث في مجال التقييم الاقتصادي، وتحليل الطلبات والعدالة في الحصول على الخدمات الصحية ،معظم هذه البحوث جرت في مناطق السيطرة على الملاريا في الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى.
- لديها 20 عام خبرة كخبيرة اقتصادية.
- مسؤولة عن تعليم الاقتصاد الصحي في برنامج التعليم عن بُعْد لمدرسة لندن للنظافة وطب المناطق المدارية منذ عام 2001.

# المترجمون

**د/سارة سيد الحارتي.**

ـ مصرية الجنسية ـ مواليد عام 1980.

ـ حاصلة على بكالوريوس طب الفم والأسنان ـ جامعة طنطا ـ عام 2001.

ـ دبلوم طب الفم والأسنان ـ جامعة طنطا ـ عام 2005.

ـ تعمل اختصاصية طب أسنان .

**د/مروه سعد عبد اللطيف الرخ.**

ـ مصرية الجنسية ـ مواليد عام 1974.

ـ حاصلة على بكالوريوس الصيدلة ـ جامعة المنصورة ـ عام 1997.

ـ تعمل حالياً دكتورة صيدلانية.

**د/دينا محمد صبري.**

ـ مصرية الجنسية.

ـ حاصلة على بكالوريوس الصيدلة ـ جامعة القاهرة.

ـ حاصلة على بكالوريوس الطب البيطري ـ جامعة القاهرة ـ عام 2001.

ـ تعمل صيدلانية بدولة الكويت.

# إهداء الكتاب

إلى چون، توماس، وثيو

وسام شرف.

أود أن أهدي هذا الكتاب إلى والداي، كاي ودون، لدعمهما الثابت لي، وأهدي هذا الكتاب أيضاً إلى أبنائي، فرانكلين، مارتل، و روز الذين هم دائماً يذكرونني بأن للّهو أهمية مثل العمل تماماً. أهدى زوجتي التي كان لديها صبر القديس.

# الشكر

الطبعة الثانية تم تحديثها ومراجعتها بشكل تام بواسطة لورنا جينيس وفيرجينيا وايزمان. حيث تريد مطبوعات الجامعة المفتوحة، ومدرسة لندن للنظافة وطب المناطق المدارية شكر المساهمة الثمينة لمؤلفي الطبعة السابقة من هذا الكتاب، دافيد وندرلنج، نيك بلاك، رينهولد جروين مثلهم مثل الآخرين الذين وضعوا أساس هذا العمل الجديد. رينهولد جروين كتب الفصل التاسع "التغير في عالم تمويل الرعاية الصحية" (الذي تم تحديثه حالياً قبل لورنا جينيس)، والفصل الحادي عشر "التأمين الصحي الخاص" (حُدِّث من قبل ساشيكو اوزارا). العديد من أنشطة الرسوم البيانية، والمقاطع القصيرة من النصوص تم ابقاؤها من الطبعة الأولى.

يريد المؤلفون والكتَّاب شكر اليسماينرز، تازيو فاني، ارناب اشاريا، روزا ليجود وسيتفان جان لمراجعتهم الشاملة للفصول والتمارين، وريتشارد سميث لمراجعته كامل الكتاب، ونيكي ثوروجود وروز بلاومان لمراجعتهما ودعمهما لإعداد هذا الكتاب، دومينيك فوريست وفريقه لبحثهم عن ترخيص الحقوق، وميلين لاجارد، ساكي اوزاوا، جو بورجهي، شونعاي يونج، كريستيان هانسن وداميان والكر لتأليف الفصول المفردة.

ونود أيضاً شكر اليونيسيف لموافقتهم الكريمة على نشر مقتطفات وتمارين طورت لمدرسة لندن للنظافة وطب المناطق المدارية / اليونيسيف المختصرة والمختصة بالسياسة الصحية والتمويل: النتائج المنجزة للأطفال.

بذلت مطبوعات الجامعة المفتوحة ومدرسة لندن للصحة وطب المناطق المدارية قصار جهدها للحصول على ترخيص من صاحبي الحقوق لإعادة انتاجها في هذا الكتاب وشكر هذه المصادر. كما أن أي أهمال تُرِكَ عن غير علم سيتم معالجته في الطبعات المستقبلية.

نريد أن نعبر عن شكرنا العظيم لأصحاب الحقوق لمنحنا التصريح لإعادة إنتاج المواد في هذا الكتاب من المصادر اللاحقة والواردة في نهاية الكتاب باللغة الإنجليزية.

# المقدمة
# Introduction

إن الاستهلاك الزائد للسجائر والتدخين بين الشباب، والتعرّض للعلاج المضاد للفيروسات لدى مرضى الإيدز، وزيادة انتشار السمنة، أو البدانة، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، والنقص العالمي في العاملين الأساسيين في مجال الرعاية الصحية؛ كل ذلك يعتبر بعضاً من التحديات التي تواجه صانعي سياسات الصحة العامة والذين يمارسونها في بداية القرن الحادي والعشرين، فالاقتصاد له دور رئيسي في حل هذه المشكلات.

وسوف يقدم لك هذا الكتاب التقنيات الاقتصادية، والتي يمكن استخدامها في مجال الصحة العامة، والتي سوف تساعدك على فهم الملامح الخاصة التي تمّيز الطلب بالنسبة للرعاية الصحية بالمقارنة بالطلب الخاص بالسلع الأخرى والخدمات، وسوف يقدم نوع من الحدس والبصيرة في طرق والبحث الاقتصادية والتي تستخدم حتى الآن في رفع وتحسين مستوى سياسات الصحة العامة وتحليل عمليةٍ توصيل الصحة، أو تشكيل الإصلاحات في القطاع الصحي، وسوف تصبح قادراً بشكل أفضل على استخدام المعلومات في التقييم الاقتصادي للتدخلات الخاصة بالرعاية الصحية، وفهم أفضل للمناقشات أو الاستراتيجية الخاصة باستخدام عناصر السوق في تحسين الأداء الخاص بالخدمة الصحية واستخدام الإستراتيجيات المالية في رفع وتحسين مستوى الصحة لدى العامة.

ومن خلال قراءتك لهذا الكتاب، فسوف تكتشف في الحال أن الاقتصاديين يحبون لهجتهم الخاصة، وأنهم لا يتفقون دائماً! وسوف تكتشف أيضا أن هناك دائما فجوة بين المفاهيم النظرية والتنفيذات السياسية، وأكثر من ذلك، فإن السياسات الاقتصادية المعمول بها في دولة معينة لا تعمل بالضرورة فٍي سياق ثقافي مختلف، وهذا الكتاب لا يتعارض مع هذه القضايا والموضوعات، وبدلاً من ذلك فهو يؤكد ويشدّد على إظهار نوع من الفهمٍ النقدي للموضوعات عن طريق وصف وجهات النظر المختلفة بالنسبة للموضوع، بدلاً من فرض وجهة نظر واحدة، وخلال هذا الكتاب تم وضع الكثير من الجهود الخاصة بتقديم الأدلة التجريبية الواقعية لكل موضوع وتقديم دراسات الحالة وأمثلة تساعد على إيضاح الكيفية التي تعمل بها النصيحة الاقتصادية في التطبيق والممارسة في البلاد ذات المدخول المنخفض، والمتوسط، والمرتفع.

وإذا لم تكن لديك خلفية عن الاقتصاد، فقد تجد صعوبة في فهم اللغة التي يتحدث بها الاقتصاديون والطريقة التي يفسرون بها نظرياتهم، ولكن لا تخشى ذلك، فإن هذا الكتاب يتعرض للموضوعات الاقتصادية بالمبادئ الأولية وقد تم تصميمه من أجل الطلبة ممن ليس لديهم معلومات سابقة عن الاقتصاد، وهناك قدر معين من نظرية الاقتصاد يعتبر أساس ولا مفر منه من أجل فهم مناطق القوة والتقصير في المفاهيم الاقتصادية كما يتم تطبيقها في مجالي الصحة، والرعاية الصحية، وحيثما كان ذلك ممكنا، حاولنا إلقاء الضوء على المفاهيم الاقتصادية المعقدة عن طريق استخدام الرسوم البيانية بدلاً من المعادلات، وعن طريق تقديم أمثلة من مناطق كثيرة وكذلك من مرافق الرعاية الصحية، كذلك فإن تدوين المصطلحات الأساسية يساعد أيضاً على توضيح مفاهيم جديدة وتعريفات، وإذا كنت لا تفهم شيئاً، فلا تخشى من ذلك فيمكنك الرجوع إلى المشكلة بعد ذلك، وسوف تجد الكثير من دراسات الحالة وبعض تمارين التقييم الذاتي لإرشادك في فهم المفاهيم الصعبة، كما تسمح لك بالمقارنة، والمقابلة بين ما تعلمته، وبين خبراتك الخاصة.

## لماذا يتم دراسة اقتصاديات الصحة؟

قد تسأل نفسك ماذا يفعل الاقتصاد بالنسبة للصحة والرعاية الصحية، ألاَ يجب أن يكون للصحة والرعاية الصحية اهتمامات أساسية، وأولوية مطلقة؟ إنك مع ذلك قد تكون لديك الإجابة فالموارد نادرة ولذلك فإن الاختيارات يجب أن توضع في المكان الصحيح والملائم، واقتصاديات الصحة، كما سوف ترى في هذا الكتاب هي عن الوصول بالصحة إلى المستوى الأمثل بالنسبة للنشاطات الأخرى، وعمل الاختيارات في سبيل توظيف الموارد بطريقة يتم بها تحسين الحالة الصحية وتوزيع الخدمات الصحية من خلال الموارد القليلة المتاحة، وبالرغم من أن الاقتصاد يعتبر علم قديم نسبياً، فإن التطبيق المنظم له في قطاع الصحة يعتبر حديث تماماً، لقد كان ذلك فقط خلال الثلاثين أو الأربعين عاماً الماضية، والتي تأسست فيها الاقتصاديات الصحية كعلم فرعي من الاقتصاد، واكتسب تأثيراً في القطاع الصحي.

ويعتمد المديرون وصانعو السياسة بشكل متزايد على التحليل الاقتصادي، وقد اكتسب التفكير الاقتصادي في تأثيره على صناعة القرار وأمدت الأفكار الاقتصادية القطاع الصحي بالإصلاحات، وهذه التغييرات تعتبر جزءاً من عمليات أكبر خاصة بإصلاح القطاع العام منذ الثمانينيات 1980s، والتي قد تمت صياغاتها بواسطة أفكار اقتصادية، ومن خلال متابعة هذه الإصلاحات فإن الوكالات المتعددة الأطراف مثل البنك العالمي، قد اتجهت في أهدافها إلى إعادة تعريف العلاقة بين الحكومة والقطاع

الخاص، من أجل رفع مستوى الخدمات الحكومية الأصغر وكذلك زيادة الارتباط مع القطاع الخاص، وهناك عدد متنامي من الدول التي تستخدم التقنيات الاقتصادية من أجل وضع الخدمات الصحية في الأولويات وتقييم أنوع جديدة من تقنيات الرعاية الصحية، وقد بدأت صناعة الدواء في تقديم المعلومات عن تأثير أو فاعلية التكلفة بما أن ذلك قد يقدم فائدة التنافس من أجل رفع مستوى المنتجات الخاصة بهم، ولكنك يجب أن تكون على علم أنه بالنسبة لمعظم التدخلات الخاصة بالرعاية الصحية، لا توجد معلومات متاحة عن الفاعلية، والكفاءة، فاقتصاديات الصحة لا تزال علماً في دور التطوير والذي يكتسب شيئاً فشيئاً نوع من القبول لطرق والبحث الخاصة به.

وتعتبر العدالة والإنصاف جانب آخر مهم من جوانب التحليل الاقتصادي وذلك بسبب أهميته وشأنه كهدف موضوعي للسياسة، ومقارنة بالأهداف الموضوعية للكفاءة، والمتضمنات التي تحتويها بالنسبة لتخصيص الموارد في أماكنها، فعلى سبيل المثال، فإن الاقتصاديين، شأنهم في ذلك مثل الآخرين قد أوضحوا أنه بينما يتم فرض ضرائب على الاستعمال فإن ذلك يمكن أن يحدد مشكلة الخطر الأخلاقي على المستهلك عن طريق منع العبث في استخدام الخدمات الصحية، وهذا غالباً ما يأتي من خلال أسعار مرتفعة عن طريق فرض أعباء ثقيلة على الجماعات الأكثر فقراً، وهناك مثالاً آخر وهو استخدام الأوزان من خلال معادلة تخصيص الموارد لإظهار الحاجات الصحية الأعلى بالنسبة لجماعات معينة من الناس مثل الجماعات الفطرية التي تعيش على طبيعتها، أو الجماعات التي تسكن الريف في مقابل المدن، ومعظم فصول هذا الكتاب سوف يكون فيها ما يقال عن العدالة، والإنصاف.

## الهيكل البنائي للكتاب:

إن هذا الكتاب يتبع الحدود الخاصة بمفهوم «المدخل إلى موضوع اقتصاديات الصحة» الذي يتم تدريسه في مدرسة لندن لعلوم الصحة وطب المناطق الاستوائية، وقد اعتمدت على المواد التي يتم تقديمها في المحاضرات، والمؤتمرات المصغرة التي يتم استخدامها في تدريس هذه الدورة التعليمية، والتي تم إعدادها للتدريس بطريقة التعليم عن بعد، وهذه الطبعة المنقحة تضع المزيد من التأكيد على التطبيق العلمي للنظريات الاقتصادية والمفاهيم الخاصة بتركيبة السياسة الصحية والتخطيط، وهذا يتم تحقيقه بشكل أساسي من خلال الاستخدام الموسع للأمثلة الجديدة، ودراسة الحالة ومزاولة الأنشطة المختلفة، وعلى سبيل المثال في الفصل السابع عشر [رفع مستوى العدالة والإنصاف ودور الحكومة]، نجد أن دراسات الحالة قد تم تقديمها من جنوب إفريقيا، وكمبوديا، من أجل إيضاح كيفية تصميم السياسات لتحديد

الاهتمامات الخاصة بالعدالة العمودية في هذه البلاد، وبالمثل في الفصل السادس عشر (16) [التقييم الاقتصادي وصناعة القرار] هناك أمثلة جديدة لتوضيح كيف تم استخدام نتائج التقييمات الاقتصادية بواسطة مجموعات مثل المعهد القومي للصحة والامتياز الإكلينيكي في المملكة المتحدة، ومشروع الإجماع في كوبنهاجن لوضع أولويات الاتفاق في الرعاية الصحية، كذلك فإن الكتاب يقدم عملية تحديث حتى تاريخه في ضوء التفكير الحالي، وبعض التنقلات السياسية المهمة التي حدثت هنا منذ أن تم نشر الطبعة الأولى في 2005: نشأة التمويل الذي يعتمد على رفع تحسين مستوى الأداء في الرعاية الصحية»، وهناك دليل متزايد على تأثير وتكلفة انجاز رعاية صحية عالمية، ذلك التأثير أو العائد المتنامي للعولمة والتجارة العالمية على القطاع الصحي هو مجرد القليل من الأمثلة على ذلك، ويقدم هذا الكتاب بعض الفصول الجديدة تماماً والتي تغطي موضوعات مثل الاقتصاديات الكبرى والصحة، ومدفوعات مقدم الخدمة ومعادلة أو معاكسة الفشل السوقي.

وهذا الكتاب مبني على أساس إطار عملي لمفهوم بسيط، فهو يبدأ بتقديم مدخلاً للاقتصاديات ثم يستمر في تقديم مفاهيم مثل العرض والطلب، والأسواق، وسوف تعلم عندئذ كيف يمكن للأنظمة الصحية أن يتم تمويلها، ثم بعد ذلك نضع في الاعتبار كيف يمكن للتدخلات الصحية أن يتم تقييمها باستخدام أسلوب التحليل الاقتصادي، وكيف أن المعلومات الاقتصادية يمكن استخدامها في صناعة السياسات، وأخيراً، سوف تنظر إلى موضوع العدالة والإنصاف، والجدل الاقتصادي عن دور الحكومة في الخدمات الصحية.

والأقسام الستة (6) لهذا الكتاب، والسبعة عشر (17) فصلاً الموجودة خلالها، معروضة في صفحة المحتويات، وكل فصل فيها يحتوي على الآتي:

- نظرة عامة.
- قائمة بالأهداف التعليمية.
- قائمة بالمصطلحات الرئيسية.
- مجموعة من الأنشطة.
- التغذية الراجعة عن تلك الأنشطة.
- الملخص.
- المراجع، وقائمة بالقراءات الإضافية المقترحة.

وفيما يلي مختصر موجز عن الكتاب ككل:

## الاقتصاد والاقتصاديات الصحية:

يعرِّف الفصل الأول الاقتصاديات وكذلك عدد من المفاهيم الرئيسية التي يستخدمها الاقتصاديون بشكل عام، وعندئذ يتم تقديم الاقتصاديات مع أمثلة عن الأسئلة التي يمكن عن طريقها تحديد ذلك التخصص، أو الفرع، وفي الفصل الثاني، سوف تعرف عن الاقتصاديات الكبرى الصحية بالنسبة للصحة والرعاية الصحية بما في ذلك العلاقة بين التجارة والصحة، والأنظمة الصحية.

## العرض والطلب:

يتم في هذا القسم عرض أُسس استكشاف الكيفية التي تعمل بها الأسواق الفردية وكيف يتم تشغيل قوى السوق في الرعاية الصحية وكيف تؤثر في الناتج، والسعر الخاص بالخدمات الصحية، ويبدأ هذا الجزء بوضع مفهوم الطلب الموجود في الفصل الثالث في الاعتبار، ثم يستمر لاستكشاف عملية قياس الطلب ونظرية (مرونة السعر) في الطلب في الفصل الرابع، وسوف تبدأ في استكشاف مفهوم العرض في الفصل الخامس عن طريق متابعة النظر إلى عملية الإنتاج والمدخلات الخاصة بها، وفي الفصل السادس سوف تنظر إلى التكاليف الخاصة بالإنتاج.

## الأسواق:

سوف يتجه انتباهك عندئذ إلى التفاعل بين العرض، والطلب، ومفهوم السوق في الفصل السابع حيث يركز هذا الفصل على الأسواق والظروف التي بموجبها يتم تحديد أي الأسواق يتم تشغيلها بطريقة جيدة، ثم تستمر في تعلّم أسباب فشل أو هبوط الأسواق في مجال الرعاية الصحية في الفصل الثامن.

## التمويل المالي للرعاية الصحية «أنظمة التمويل المالي»:

يقدم الفصل التاسع إطار عملي لتقييم الرعاية الصحية، أنظمة التمويل، وهو ينظر إلى الموارد المختلفة، واستخدام الاعتمادات المالية وتقديم تاريخ مختصر بالنسبة لتطور الأنظمة الصحية، وفي الفصل العاشر سوف تكتشف الطرق المختلفة للدفع لمولين الرعاية الصحية وكيف أن ذلك يؤثر في توصيل الرعاية الصحية، ثم تذهب إلى رؤية التأمين الصحيّ الخاص (الفصل الحادي عشر) وموضوع تحقيق التغطية العالمية للتأمين (الفصل الثاني عشر).

## التقييم الاقتصادي:

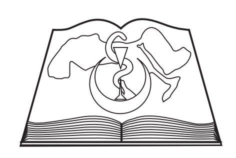
في هذا القسم يبدأ بعملية استكشاف للمفاهيم الأساسية التي تختص عملية التقييم الاقتصادي، والتقنيات المختلفة الممكنة للتقييم الاقتصادي واستخداماتها (الفصل الثالث عشر)، وطرق تحديد تكاليف التدخلات في الرعاية الصحية تمت مناقشتها في (الفصل الرابع عشر) وطرق تحديد الفوائد الخاصة بتدخلات الرعاية الصحية موضحة في (الفصل الخامس عشر)، ويقدم الفصل الأخير في هذا القسم نظرة عامة عن كيفية تطبيق التقييم الاقتصادي في الممارسة.

## العدالة والإنصاف ودور الحكومة:

يبدأ الفصل الأخير بوصف العلاقات بين العدالة والإنصاف واكتشاف عدد من الحلول المختلفة التي يوجد فيها تطبيق لمفهوم العدالة والإنصاف في الرعاية الصحية، ويوضع في الاعتبار المقايضة بين العدالة والكفاءة، جنباً إلى جنب مع محاسن ومساوئ تدخلات الحكومة في قطاع الرعاية الصحية.

وهناك عدداً من الأنشطة التي تم توظيفها لمساعدتك على فهم وتعلّم الموضوعات والأفكار التي تمت تغطيتها، وهي تتضمن الآتي:

- الانعكاس على كل من معلوماتك وخبراتك.
- أسئلة تعتمد على قراءة مقالات مفتاحية أو أوراقاً بحثية متعلقة بالموضوع.
- تحليل البيانات الكمية والنوعية.
- مصطلحات خاصة لكل موضوع موضوعة في بداية كل فصل من أجل المراجعة السهلة.



# الباب الأول

## الاقتصاد واقتصاديات الصحّة

## Economics and health economics

# الفصل الأول

## مفاهيم مفتاحية في اقتصاديات الصحّة

## Key concepts in health economics

### نظرة عامة:

إن هذا الفصل يقدم لمدخل لعلم الاقتصاد، والعلم الفرعي الخاص باقتصاديات الصحة، وسوف تتنوع فيه الأسئلة التي تتعلق بالاقتصاد مع بعض المفاهيم الأساسية المستخدمة، والتي تستخدم خاصة في مجال الصحة والرعاية الصحية، وإذا كنت لم تدرس الاقتصاد من قبل، فإن هذا الفصل سوف يقدم الكثير من التعبيرات والمفاهيم التي قد تكون جديدة بالنسبة لك، وإذا كانت لديك مشكلة في فهم هذه المصطلحات بالشكل الكامل فلا تخشى من ذلك فسوف تجد أنها موجودة في أنحاء هذا الكتاب، ومستخدمة في سياقات مختلفة وفي العلاقة مع أنواع مختلفة من المشكلات، وفي النهاية وبشكل جوهري فنحن نتوقَّع أن من خلال التقدم في قراءة هذا الكتاب، فإن ذلك التقدم سينطبق أيضاً على فهمك لهذه المفاهيم ومدى قابليتها للتطبيق في الحياة الواقعية بالنسبة للموضوعات والقضايا الصحية.

### الأهداف التعليمية:

بعد العمل خلال هذا الفصل، سوف تكون قادراً على الآتي:

- شرح وتفسير ما هو الاقتصاد، والمشكلات التي تتطلع إلى وجود حلول لها.
- تحديد وتطبيق عدد من المفاهيم الاقتصادية الأساسية.
- شرح وتفسير لماذا تكون الاقتصاديات قابلة للتطبيق في مجال الصحة والرعاية الصحية.

## المصطلحات الأساسية:

**الكفاية أو الفعالية:** هو مصطلح عام يستخدم في وصف العلاقة بين الداخل والخارج أو الدخل والإنتاج، وهو يتعلق برفع مستوى الفائدة من الموارد المتاحة، أو خفض التكاليف بالنسبة لمستوى معين من الفائدة.

**السلع:** وتعني الناتج أو الخارج (مثل الرعاية الصحية) من عملية الإنتاج، والتي تتضمن الجمع بين موارد مختلفة مثل العمالة والتجهيزات، والسلع (بما في ذلك الخدمات) التي لها قيمتها بمعنى أنها تعطي بعض المنفعة (انظر أدناه) للمستهلكين من الأفراد، ويطلق عليها اصطلاحاً «الأشياء الجيدة» (Goods) لإنها مرغوبة وذلك لتمييزها عن مصطلح (Bads)، والذي ستقرأ عنه فيما بعد!

**قطاع الصحة:** ويتكوّن من نظام الخدمات الصحية العام والخاص، والسياسات والأنشطة للأقسام الصحية والوزارات، والمنظمات غير الحكومية ذات الصلة بالصحة، والمجموعات الاجتماعية، والجمعيات المتخصصة.

**الخدمات الصحية:** مجال الخدمات التي يتم اتخاذها بشكل مبدئي لأسباب صحية والتي لها تأثيراً مباشراً على الصحة، بما في ذلك برامج الرعاية الصحية مثل تحسين الصحة، والوقاية والعلاج لبعض الأمراض المحددة.

**التحليل الهامشي:** عبارة عن اختبار للفوائد الإضافية أو التكاليف الناتجة عن وحدة زائدة من الاستهلاك أو إنتاج سلعة.

**السوق:** موقف يجتمع فيه الناس الذين لديهم طلب على سلعة مع الذين يقدمون لهم هذه السلعة، ويوافقون على سعر سوف يتم بناءً على تجارة هذه السلعة، والشرط الضروري للأسواق ذات الوظيفية الجيدة هو نظام حقوق الملكية من أجل تأكيد أن الناس يمكن لها المشاركة بثقة تامة.

**تكاليف الفرصة (التكاليف الاقتصادية):** نظراً لندرة الموارد، فإن الفرد في اختياره لاستهلاك سلعة بشكل أساسي يختار السلعة التي تعطى له أكبر قدر من الفائدة، وبالتالي يحجم عن استهلاك عدد من السلع البديلة ذات القيمة الأقل، و«تكاليف الفرصة» هي قيمة الفائدة الخاصة بالبديل *الأفضل القادم*.

**الموارد:** تمثل الداخل في عملية إنتاج السلع، ويمكن تصنيفها إلى ثلاثة عناصر أساسية وهي: العمالة، ورأس المال، والأرض، والسلع المختلفة تحتاج بصفة عامة

إلى تركيبات متنوعة ما بين هذه العناصر، والموارد عادة ما يتم تقييمها باستخدام مصطلحات (النقدية المالية).

**المنفعة:** السعادة أو الرضا الذي يحصل عليه الفرد من استهلاك سلعة، وكلما زادت المنفعة التي يستمدها الفرد من استهلاك سلعة، فإن الجميع بعد ذلك يتساوى، وكلما زادت الرغبة في إنفاق مدخولهم على ذلك.

**الرفاهية (أو الرفاهية الاجتماعية):** المحك الاقتصادي الذي على أساسه يحسب لأي تغيير سياسي أو نوع من التدخل، أنه يؤثر في عافية المجتمع، وبصفة عامة، فإن ذلك يفترض أنه يتحدد بمجموعة المنافع التي لدى كل فرد في المجتمع.

## أنواع المشكلات الاقتصادية في القطاع الصحي:

يتكون القطاع الصحيّ من الخدمات الصحية المجمعة العامة والخاصة المنظمة (من الجراحة إلى برامج تحسين الصحة وطب الأسنان) والسياسات والأنشطة الخاصة بالأقسام والوزارات، والمنظمات غير الحكومية ذات الصلة بالصحة والمجموعات الاجتماعية والجمعيات المتخصصة (منظمة الصحة العالمية 1998) وهؤلاء مسؤولون عن إدارة وتحديد العمل في جوانب أو مناطق مختلفة من القطاع الصحي، وهم مجبرون أصلاً على أن يضعوا في الاعتبار أسئلة مثل الآتية:

- في أي مستوى يجب وضع قائمة الأتعاب الخاصة بالمستشفى؟
- هل فرض الضرائب على السجائر يعتبر طريقة مفيدة لتحسين الصحة عن طريق الحد من انتشار التدخين؟
- ما هي الطريقة الأكثر فاعلية في زيادة رفع الخدمات الصحية، وضبط الأسعار أو الهبوط بها؟
- كيف يمكن أن يتم الدفع للأطباء؟
- ما هي العلاجات الأكثر فاعلية في التكاليف بالنسبة للأفراد المصابين بمرض نقص المناعة المكتسب؟

من المحتمل الاتفاق على أن كل ما تم ذكره أعلاه يمكن النظر إليه على أنه مشاكل صحية، ولكن ما هي الاقتصاديات وكيف يمكن لك أن تحددها؟

إن الاقتصاد يعني دراسة «*الندرة*» والوسائل التي بواسطتها يمكننا التعامل مع هذه المشكلة، ولأن الموارد محدودة بالضرورة، فإن الاختيار يحتاج إلى كَشْف الكيفية التي سيتم بها استخدامها، والاقتصاد كعلم، يهتم أو يركز بدرجة كبيرة على الكيفية التي نقوم بواسطتها بالاختيار في سياق ندرة الموارد، وأحد الافتراضات أو المسَلَّمات الأساسية التي يتم العمل بها في الاقتصاد بصفة عامة هو أن الأفراد سوف يصنعون هذه القرارات *منطقياً*، وهذا يعني وجود معلومات جدية سوف يختارونها لعمل الأشياء مثل منفعة الخدمات الصحية والتي ستكون في مقام أفضل الاهتمامات لديهم، حيث إن أفضل الاهتمامات يتم تعريفها على أنها تنظيم وزيادة منفعتهم حيث الموارد الموجودة في استطاعتهم.

وهناك أربعة أسئلة محددة ذات الشأن الرئيسي في الاقتصاديات:

- ما هي السلع المنتجة وبأي كميات؟ (على سبيل المثال ما هي إجراءات الوقاية من مرض الملاريا التي وضعت في الاعتبار وكم عددها في كل نوع؟).
- كيف يتم إنتاج هذه السلع؟ (ما هي الموارد المطلوبة لإنتاج هذه الإجراءات الوقائية؟).
- كيف يتم تقسيم منتجات المجتمع من السلع بين أفراده؟ (من الذي يصل إلى هذه الإجراءات؟).
- إلى أي حد تصل كفاءة الإنتاج والتوزيع في المجتمع؟ (هل يمكن لنا أن نحصل على نفس الكم من الوقاية من الملاريا باستخدامٍ موارد أقل؟ وهل حملات التوعية بمرض الإيدز ذات استخدام أكثر فاعلية مقارنةً بمرض الملاريا؟).

## ما هو الاقتصاد؟

يشير معنى الاقتصاد إلى كل الأنشطة الاقتصادية ومؤسساتها في منطقة محددة (عادة تحديداً جغرافياً، يرتبط بالحدود السياسية لدولة معينة)، وعلى ذلك فإنه يمكن أن تشير إلى الأداء الخاص بالاقتصاد القومي لدولة معينة، أو الاقتصاد العالمي، أو ربما الاقتصاد الإقليمي.

والموارد عبارة عن مواد خلال الاقتصاد حيث يمكن استخدامها في إنتاج وتوزيع السلع، كما أن الموارد يمكن تصنيفها طبقاً للعمالة ورأس المال والأرض:

- تشير العمالة إلى الموارد البشرية، اليدوية وغير اليدوية، الماهرة وغير الماهرة.
- يشير رأس المال إلى السلع المستخدمة في إنتاج سلع أخرى ـ مثل الماكينات والمباني والأدوات.
- تشير الأرض بصفة عامة إلى كل الموارد الطبيعية، مثل البترول والحديد الخام والذهب.

ومعظم الموارد ليست مفيدة في حد ذاتها لنا كأفراد، ولكنها يمكن أن تتجمع معاً لتصنع شيئاً مفيداً، هذه العملية يطلق عليها «الإنتاج»، والسلع تتكون نتيجة الجمع بين الموارد في عملية الإنتاج، *والسلع* إما أن تكون استهلاكية، تستخدم بشكل مباشر في إشباع حاجات الناس، أو السلع الوسيطة وهي عبارة عن سلع تستخدم في صناعة سلع أخرى، ومصطلح «*المنفعة*» في الاقتصاد يستخدم في وصف حالة الرضاء أو الإشباع التي تنتج عن استهلاك السلع بين الأفراد بينما مصطلح «*الرفاهية*» فإنه يشير إلى المجموع الكليّ للمنفعة التي يشعر بها كل الأفراد الذين يعيشون في المجتمع.

السلع إما أن تكون على شكل منتجات يمكنك الإمساك بها أو لمسها (مثل الدواء) أو تكون على شكل خدمات يتم تقديمها لك (مثل الاستشارة)، ويوجد نوعان ضروريان من الخصائص التي تميز السلع المختلفة:

1. *خواص طبيعية:* الآيس كريم، وكوب الشاي، سلعتان مختلفتان بشكل واضح، لأن كل منهما تحتاج إلى صناعة مختلفة، ولأنهما تشبعان رغبات مختلفة.
2. *السياق الذي يتم فيها استهلاك السلعة، على سبيل المثال:*

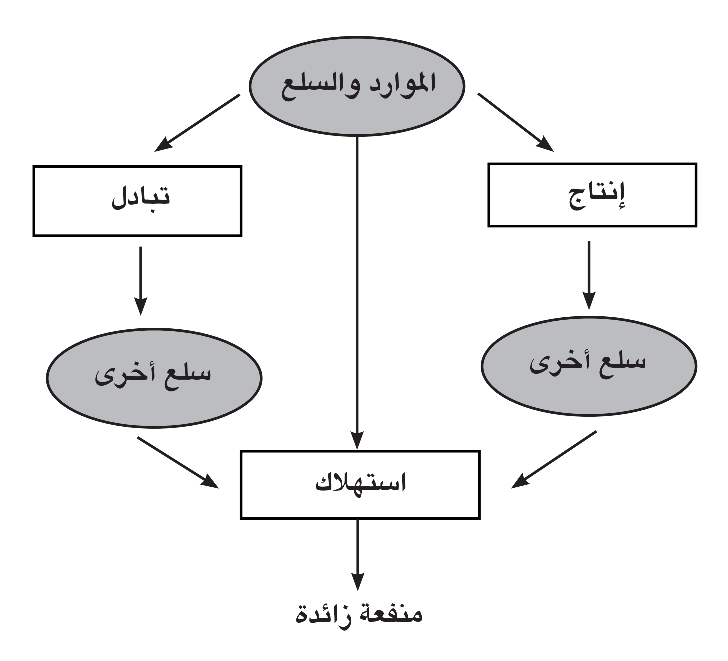
(أ) الوقت الذي تكون فيه السلعة متاحة ـ الآيس كريم الذي يكون متاحاً في أيام الصيف الحارة، سلعة مختلفة عن تلك المتاحة في أيام الشتاء.

(ب) المكان الذي تكون فيه السلعة متاحة ـ كوب الشاي متاح في مقهى عصري يكون مختلفاً عن الشاي الذي يباع أحيانا في محطة الوقود.

هناك ثلاث طرق يستطيع من خلالها الأفراد الاستفادة من امتلاك سلعة، أقربها في الحال أنه يمكن استهلاكها (أو استخدامها) ومن ثم تأتي منها المنفعة مباشرة، وتناول دواء الباراسيتامول (Paracetamol) مثال على هذا الاستهلاك لأنه يزيد من المنفعة عن طريق الشفاء من الألم الذي يأتي به الصداع، وبالمثل، استخدام السلع غير المتاحة أو المعدة للطرح بعد الاستعمال مثل العصاة التي تستخدم في المشي، يقدم منفعة مباشرة للفرد في ضوء تسحن الحالة الحركية.

أما الفائدة الثانية فيستطيع الأفراد أن يستمدوها من بعض السلع، هي القيمة الاستثمارية لهذه السلع، وبالرغم من أن السلع تقدم المنفعة عند استخدامها، فإن السلع نفسها يمكن استخدامها كمدخلات أو عناصر في عملية الإنتاج، على سبيل المثال التفاح يمكن أن يكون منتج من منتجات المزرعة ويستهلك فوراً، وكذلك فيمكن استخدامه كمدخلات في إنتاج فطيرة التفاح أو عصير التفاح، والناس تستثمر لأنهم يتوقعون أن تكون للسلعة قيمة أكبر عندما تساهم في إخراج المنتج النهائي أكثر من المنفعة الفورية لها، وغالباً، فإن عملية الاستثمار تحمل مخاطرات مثل أن يكون العائد النهائي قليل أكثر مما كان متوقعا في وقت الاستثمار.

والفائدة الثالثة مستمدة من أن السلعة لها قيمة في التبادل، فإذا لم تُسْتثمر أو تُسْتهلك سلعة، فأنت يمكن أن تبيعها وبذلك تكون هناك إمكانية شراء أخرى، (والشكل 1-1) يوضح الطرق المختلفة لاستخدام الموارد (الاستهلاك، الاستثمار، والتبادل أو المقايضة)، وأيما كان الطريق الذي تأخذه، فإن النتيجة ستكون المزيد من المنفعة لمالك الموارد، والطريق المختار بواسطة المالك يجب أن يعتمد على الجوانب التي تعتمد على الزيادة الأكبر في المنفعة بالنسبة له.




(الشكل 1-1): الاستخدامات البديلة للموارد.

## ما هو السوق؟

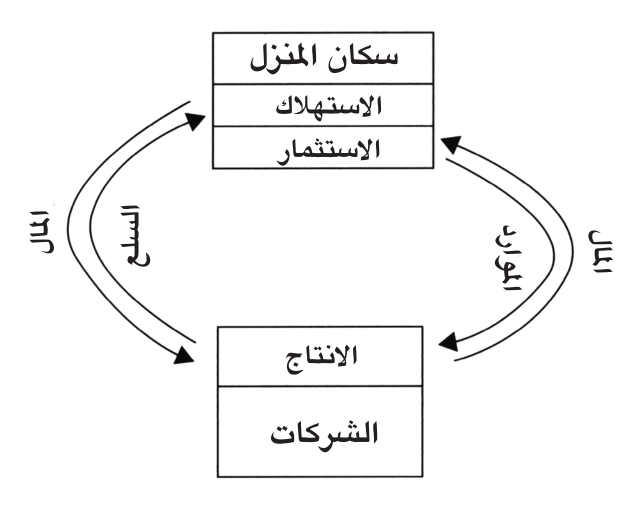
يستخدم مصطلح «السوق» في الاقتصاد لوصف أي موقف يتقابل فيه الشخص الذي يطلب السلعة مع الذين يعرضونها، وحتى يكون السوق فليس على البائع والمشتري أن يتقابلا معاً بأجسامهم، فعلى سبيل المثال، وبشكل واضح وجلي، تجارة الإنترنت التي يمكن أن تشمل شبكة أعمال للأفراد في كل أنحاء العالم والذين لا يتقابلون أبداً، وبشكل أكثر أهمية، فإن الشرط الضروري للأسواق التي تؤدي وظائفها بالشكل الصحيح، هو وجود نظام من حقوق الملكية لتأكيد أن الناس تستطيع أن تشارك بنوع من الثقة والوفاء، وهذا يعني أن الصفقات المتبادلة بين الأطراف قابلة للتنفيذ بطريقة ما، وأن هناك قواعد معينة مفهومة عن الكيفية التي يتصرف بها الناس في ضوء تقديم معلومات، ومدفوعات وتوصيل البضائع.

وكمية المال التي يتم تبادلها بالنسبة للسلعة، وهو ما يسمّى بالسعر، وسوف تجد في هذا الكتاب أن السعر يتأثر بعدد البائعين في السوق وكمية المال التي أعدوها للقبول، والسعر يتأثر بعدد المشترين في السوق وكمية المال التي أعدوها للدفع، والمستهلكون الأفراد أو سكان المنازل يتم التفكير فيهم على أنهم من المشترين، أما الشركات (أو رجال الأعمال) فهم يرتبطون بعملية العرض، ومع ذلك فإن ذلك غير صحيح في حالات أسواق الموارد والأسواق الخاصة بالسلع الوسطية، فعلى سبيل المثال، في سوق العمالة، فإن سكان المنزل هم العرض والشركات يكون لديها الطلب على العاملين.

يوضح (الشكل 1-2) نموذجاً مبسطاً لتدفق السلع، والموارد، والمال بين سكان المنزل والشركات أو المؤسسات، والموارد المنزلية الخاصة (العمالة ـ الأرض ـ المشاركة في رأس المال) وتعرضهم بالتالي على المؤسسات والشركات مقابل المال (أجور ـ إيجار ـ فائدة) والشركات تحوّل الموارد إلى سلع وتعرضها للبيع على سكان المنزل، مرة أخرى مقابل المال، وسكان المنزل الذين يعرضون المزيد من الموارد سوف يستقبلون المزيد ولذلك يصبحون قادرين على استهلاك المزيد من البضائع.

إن الوصف الضروري للأسواق، ويجب أن يقال، إنها الأسواق التي تحتوي فقط على شركات وأفراد يشترون ويبيعون البضائع، وفي الحقيقة، فإن معظم الأسواق أيضاً لديها نوع من التدخل الحكومي، مثل هذه التدخلات قد تتضمن فرض الضرائب، وتثبيت الأسعار والترخيص للبائعين أو ضبط الجودة في السوق، وبدلاً من ذلك، فإن الحكومة ينبغي أن تقرر اتخاذ إجراءات رقابية على الطلب الخاص بالسلعة ومنع الطلب الخاص، أو أنها تتولى مسؤولية العرض بالكامل وتمنع العرض الخاص، ومن

ناحية أخرى، ينبغي على الحكومة أن تضع القوانين التي تؤيد تحرير قوى السوق وأن تجعل الأسواق أكثر سهولة في التناول والوصول، وبشكل نهائي، كما ذكرنا من قبل، فإن الأسواق بصفة عامة ترتكز على بعض أشكال التدخل الحكومي من خلال النظام القانوني من أجل تدعيم وتأييد نظام حقوق الملكية.




(الشكل 1-2): تدفق المال، والموارد، والسلع.

تلعب الحكومة دوراً في بعض الاقتصاديات حيث يندر وجود الأسواق كثيراً، وهذه الأنظمة يشار إليها على أنها أنظمة اقتصادية قيادية أو مركزية، وبسبب الصعوبات الموجودة في تخطيط اقتصاد بالكامل، ومشكلة محاولة تحفيز العاملين والمديرين، فإن اقتصاديات السيطرة قد تضاءلت بسرعة خلال الخمسين عام السابقة أو مثل ذلك، وكل دولة في العالم تقريباً لها اليوم اقتصاداً مختلطاً، وهو نظام من خلاله تلعب كل من قوى السوق والتخطيط المركزي دوراً في ذلك، وسوف نعود إلى موضوع الأسواق في الفصل السابع والثامن، أما الآن، سنحاول تنشيط ذاكرتك بعمل النشاط الآتي:

## نشاط 1-1:

1. ما هو المورد؟ وكيف يتم تصنيف الموارد وما هي الطرق الثلاث لتوظيف الموارد؟
2. في (الجدول 1–1) زاوج بين المصطلحات وتعريفها.

**(الجدول 1 - 1): بعض المصطلحات الاقتصادية وتعريفها.**

| | |
|---|---|
| 1. اقتصاد العيش | (أ) نظام يحدث فيه التبادل أو المقايضة دون استخدام المال |
| 2. اقتصاد عالمي | (ب) النشاطات الاقتصادية والمؤسسات حول العالم |
| 3. اقتصاد المقايضة | (ج) اقتصاد مقايضة مع تدخل حكومي قليل |
| 4. اقتصاد مختلط | (د) اقتصاد لا توجد به مقايضة أو مبادلة |
| 5. اقتصاد السيطرة | (هـ) اقتصاد سوق مع وجود تدخل حكومي جوهري |
| 6. اقتصاد السوق | (و) نظام اقتصادي حيث يتم إدارة قرارات وضع الموارد، بواسطة الحكومة |

## التغذية الراجعة:

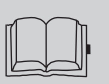
1. الموارد عبارة عن مدخلات في عملية إنتاج السلع، ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة فئات: الأرض (بما في ذلك كل الموارد الطبيعية والمعادن)، والعمالة (كل الموارد البشرية) ورأس المال (موارد من صنع الإنسان تستخدم كمساعدات في إنتاج منتجات أو سلع أخرى، مثل المعدّات). ويمكن توظيف الموارد في واحد من ثلاثة طرق: الاستهلاك، والاستثمار، والمقايضة أو المبادلة.
2. وهذه المصطلحات يمكن التزاوج بينها للوصول إلى تعريفات كما هو موضح في (الجدول 1-2).

**(الجدول 1 - 2): بعض المصطلحات الاقتصادية وتعريفها (حلول).**

| | |
|---|---|
| 1. اقتصاد العيش | (د) اقتصاد لا توجد به مقايضة أو مبادلة |
| 2. اقتصاد عالمي | (ب) النشاطات الاقتصادية والمؤسسات حول العالم |
| 3. اقتصاد المقايضة | (أ) نظام يحدث فيه التبادل أو المقايضة دون استخدام المال |
| 4. اقتصاد مختلط | (هـ) اقتصاد سوق مع وجود تدخل حكومي جوهري |
| 5. اقتصاد السيطرة | (و) نظام اقتصادي حيث يتم إدارة قرارات وضع الموارد، بواسطة الحكومة |
| 6. اقتصاد السوق | (ج) اقتصاد مقايضة مع تدخل حكومي قليل |

## وحدات بناء الاقتصاد:

الآن وقد أصبح لديك بعض الأفكار عن المشكلات التي يبحث الاقتصاديون عن وجود حل لها، والطرق التي تعمل بها الاقتصاديات المختلفة، وسوف تتعلم الآن بعض أهم المفاهيم التي يستخدمها الاقتصاديون، ومع ذلك، قبل التقدم في قراءة هذا الفصل ينبغي أن تضع في ذهنك عبارة قالها البروفيسور «جافين مووني» (Gavin Mooney)، وهو رائد من رواد الاقتصاديات الصحية:



كنت أقترح أحياناً عند تدريسي لمادة «اقتصاديات الصحة» أنه إذا غلب أحد المشاركين النعاس واستيقظ ووعيه يشير إلى أنني قد وجهت سؤالاً ولكنه لم يسمعه، فإن أفضل استجابة لذلك أن يعمم بقول أي شيء عن *«تكاليف الفرصة»* (Opportunity Cost) *والهامش* (Margin)، وهذا يحتوي على 50 % من الفرصة أو أكثر في أن يكون على حق ولو جزئياً.

(Mooney 1994:27)

### الندرة:

الاقتصاد كنظام باقي لأن الموارد نادرة، ولأن مطالب الإنسان ترتبط بوجود الموارد المتاحة الآن أو في أي وقت متوقع أو قريب لا تكون كافية للوفاء بكل احتياجاتنا أو مطالبنا.

ولأن الموارد قليلة أو نادرة، فإن الاختيار ينعقد على كلٍّ من الإنتاج أو الاستهلاك، فإذا كان لدينا موارد لبناء المستشفيات فعندئذ تكون الموارد متاحة لإنتاج سلع أخرى مرغوبة مثل مستشفيات الصحة العامة، وإذا استخدمنا الكثير من الدخل في شراء تأمين صحيّ، فعندئذ يكون لدينا دخل أقل لشراء التعليم، فعمليات الإنتاج والاستهلاك عندئذ تأتي معاً لتأكيد أننا نقوم بإنتاج «مستوى صحيح» من المستشفيات والعيادات حتى أننا لا نقوم بزيادة عدد المستشفيات العامة ونترك حاجات لم تلبَ بعد في بناء العيادات أو المستشفيات الخاصة، وبمعنى آخر، نحن نريد لكمية العرض أن تتكافأ مع كمية الطلب، وأهمية مصطلح الندرة يتضح من خلال الاقتباس الآتي:



إن الاقتصاديات ليست كحقيبة أدوات، ولكنها أيضاً قائمة من الأفكار (علم ونظام) واللذان يمثلان معاً جسماً متماسكاً من المعرفة والفكر، فالاقتصاديات كنظام تأخذ دماء حياتها من حقيقة أن الموارد نادرة حيث أنها لا تبدو أبداً كافية لحاجات ومطالب كل الناس، وهذه حقيقة واضحة في كثير من جوانب الحياة، وهي بالتأكيد واضحة في مجال الصحة والرعاية الصحية.

(Mooney and Shiell 1996:1)

## الاختيار وتكلفة الفرصة:

هذان المفهومان هما الأهم في الاقتصاديات، فطالما أننا لا نستطيع أن نحصل على كل ما نريد، فإنه يجب أن يتم الاختيار، ونحن جميعاً يجب علينا أن نختار في الأساسيات اليومية، وقد يكون هذا الاختيار يمثل الكيفية التي ننفق بها ودخولنا، وكيف نكسب هذا الدخل، وكيف نستهلك الوقت، إلى غير ذلك...، ولكن لماذا يجب علينا بالمرّة أن نقوم باتخاذ هذه الاختيارات؟ هناك سببان رئيسيان في ذلك، الأول أن يكون دخلنا محدود الثاني أن كل السلع التي نريد استهلاكها، فإن دخلنا غير كاف للتمويل المالي الخاص بشرائها، ويجب أن نأخذ اختيار عن الكيفية الأفضل لإنفاق دخلنا المحدود، وكلمة «أفضل» هنا تشير إلى الطريقة التي سوف تعطي للفرد أكثر درجة من الرضا، أو المنفعة أو زيادة مكسب الناس من *الرفاهية الاجتماعية* (أو الرفاهية ببساطة).

يتضمن الاختيار عمليات المقايضة، فالكثير من المستشفيات يعني عدداً أقل من العيادات، وقضاء الكثير من العطلات يعني القليل من امتلاك السيارات والملابس، و«*تكلفة الفرصة*» (وتعرف أيضاً بالتكلفة الاقتصادية) الخاصة بأي سلعة (بما في ذلك الخدمات) هي الرضا أو الفائدة الضائعة كونك لا تكون قادراً على استخدام الموارد الموجودة للحصول على سلعة أخرى مرغوبة تؤدي إلى الرضا أيضاً، (والجدول 1-3) يوضح علاقة هذا المفهوم بالنسبة للقطاع الصحيّ بالنظر إلى تأثير زيادة عدد مرضى المقيمين بالمشفى على مرض العيادة الخارجية الذي يمكن علاجه أو التعامل معه ـ وبالمثل «تكاليف الفرصة» الخاصة بعلاج مرضى المقيمين بالمشفى في ضوء عدد مرضى أقسام العيادات الخارجية، على سبيل المثال، تكلفة الفرصة الخاصة بعلاج خمسة آلاف (5000) مريض إقامة داخلية هو ما يعادل خمسين ألفاً (50000) من مرضى العيادات الخارجية.

**(الجدول 1 - 3): إيضاح تكاليف الفرصة: اختيارات الإنفاق في عام واحد.**

| *المرضى المقيمين بالمشفى الذين تم علاجهم ('000s)* | *مرضى العيادات الخارجية الذين تم علاجهم ('000s)* | *تكلفة الفرصة لعلاج المرضى المقيمين بالمشفى في مقابل الفرص الضائعة لمرضى العيادات الخارجية* |
|---|---|---|
| 0 | 50 | 0 |
| 1 | 45 | 5 |
| 2 | 42 | 8 |
| 3 | 20 | 30 |
| 4 | 15 | 35 |
| 5 | 0 | 50 |

من المهم أن نلاحظ أن تكاليف الفرصة قد تتضمن شيئاً آخر غير السلع ذات السعر الذي يقَّدر بالمال، فقضاء يوم في غرفة انتظار في مستشفى قد يتضمن ضياع يوم من أيام العمل (مقاساً بأجر اليوم الذي فقد)، ولكنه قد يتضمن أيضاً قضاء يوم في المنتزه مع الأسرة، فالوقت نادر وتكلفته يمكن قياسها في ضوء كل من الدخل الضائع وكذلك بالنسبة لأوقات الفراغ، أو المنفعة بالفعل، ولمجرد أنه لا يوجد هناك سعر مالي في هذه الحالات (كما في حالة وقت الفراغ)، فإن ذلك لا يعني أن الوقت لا قيمة له، أو أنه لا يوجد في هذه الحالة تكاليف جانبية.

## المنفعة الحدّية:

تشير *الحدودية* إلى «الوحدة التالية» فقد يكون هناك خدمة صحية تقرر عمل توسع في برنامج للتطعيم أو اختيار طبيباً للعمل ليوم إضافي، ويتضح ذلك من خلال صُنْع القرار، بحيث ينصب الاهتمام بأكثرية على الفوائد والتكاليف *ذات الصلة* أكثر منه على الإجمالي العام (الحصيلة الكلية)، فالقرارات نادراً ما يتم صنعها على أساس «الكل أو لا شيء»، وبدلاً من ذلك فإنها تميل إلى أن تكون على *الهامش*: فإذا كانت الفائدة الحدّية (التغيير في الفائدة) أكبر من التكلفة الحدّية (التغيير في التكلفة)، فإننا نستمر، أما إذا كانت الفائدة الحدّية أقل من التكلفة الحدّية، فإننا نتوقف.

وهناك ظاهرة ملاحظة بشكل عام، ألا وهي أن الفوائد الحدّية لمعظم السلع تميل إلى التضاؤل كلما ازداد استهلاك هذه السلع، وهذا معروف بأنه «*المنفعة الحدّية المتضائلة*» وهو أمر بديهي ـ فقطعة الآيس كريم الأولى ستكون أكثر متعة من الثانية، والتي بدورها تكون أكثر متعة من الثالثة، وهكذا دواليك، كذلك فإن برامج الصِّحة

تميل لأن يكون بها فوائد حدّية متضائلة كما سوف نرى في النشاط التالي، وبعد اكتمال هذا النشاط، فإن أهمية مفهوم التحليل الحدّي (بما في ذلك الفوائد الحدّية المتضائلة)، وعلاقته بمفهوم الكفاية يجب أن يكون أكثر وضوحاً.

## نشاط 1 ـ 2:

1. انظر (الجدول 1-4) والذي يتضمن بيانات عن عرض أشعة خاصة بسرطان القولون، وأكمل بيانات العمود رقم 3 (حالات إضافية يتم الكشف عنها) والعمود رقم 6 (التكلفة الحدّية للحالة)، وقد وضعنا البداية في العمود من لدينا.
2. الحديث بشكل عام موسّع لما أظهرت نتائج عرض الأشعة تضاؤل الفوائد الحدّية كما هو في هذه الحالة؟
3. ما هو الرقم الأكثر كفاءة في الإرشاد بالنسبة لهذه الاختبارات؟

**(الجدول 1-4): المسح لسرطان القولون.**

| عدد الاختبارات | العدد الكلي لحالات تم الكشف عنها | حالات إضافية تم الكشف عنها | التكلفة الكلية بالدولار | متوسط التكلفة لكل حالة بالدولار | التكلفة الهامشية لكل حالة بالدولار |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 65.946 | 65.95 | 77.511 | 1.175 | 1.175 |
| 2 | 71.442 | 5.4956 | 107.69 | 1.507 | 5.492 |
| 3 | 71.90 | | 130.199 | 1.810 | |
| 4 | 71.938 | | 148.116 | 2.059 | |
| 5 | 71.94172 | | 163.141 | 2.268 | |
| 6 | 71.942 | | 176.331 | 2.451 | |

*Source:* Neuhauser and Lewicki (1976)

## التغذية الراجعة:

1. (الجدول 1-5) يقدم الجدول الكامل، الكشف عن حالات إضافية 71.9004 – 71.4424= 0.4580 بالنسبة للاختبار الثالث، وناتج 0.0028، وبالنسبة للاختبار السادس حيث جاءت التكلفة الهامشية بالنسبة للحالة الواحدة أكثر من 47 مليون دولار [176.331 – 163.141= 0.00028] بالنسبة للاختبار السادس.

**(الجدول 1 - 5): المسح لسرطان القولون.**

| عدد الاختبارات | العدد الكلي لحالات تم الكشف عنها | حالات إضافية تم الكشف عنها | التكلفة الإجمالية بالدولار | متوسط التكلفة لكل حالة بالدولار | التكلفة الهامشية لكل حالة بالدولار |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 65.946 | 65.95 | 77.511 | 1.175 | 1.175 |
| 2 | 71.442 | 5.4956 | 107.690 | 1.507 | 5.492 |
| 3 | 71.90 | 0.458 | 130.199 | 1.810 | 49.146 |
| 4 | 71.938 | 0.038 | 148.116 | 2.059 | 471.500 |
| 5 | 71.94172 | 0.00372 | 163.141 | 2.268 | 4.038.978 |
| 6 | 71.942 | 0.00028 | 176.331 | 2.541 | 47.107.143 |

*Source:* Neuhauser and Lewicki (1976)

*ملاحظة:* النتائج مختلفة بشكل بسيط عن المقالة الأصلية نظراً لوجود أخطاء عابرة.

2. إن عمل الأشعة على سبيل المثال مرتين لكل حالة ممكن من الناحية النظرية كونه يضاعف عدد الحالات التي تم فيها الكشف عن المرض ولكن هذا نادراً ما يُلاحظ من خلال الممارسة، ولكن ببساطة، إذا قمت بتوسيع عملية الأشعة، فإنه يكون من الأصعب اكتشاف حالات إضافية، ومن الممكن أيضاً ـ إذا كانت أدوات الكشف تسبب الألم أو غير مريحة أو ترتبط بزيادة الخطورة المؤدية للموت ـ فإن تلك التغطية الموسعة والتي تتضمن بالمثل أشخاصاً أصحاء يمكن أن تحتوي على تأثير ضار بالصحة.

3. يوضح المثال أن التكلفة لكل حالة إضافية تزيد بسرعة مع زيادة الاختبارات الإضافية، وبشكلٍ نهائي، فإنه من *المنطقي* بالنسبة لصانع السياسة أن يستمر في تمويل برنامجٍ عندما تتخطى الفائدة الحدّية (التكلفة الحدية) ولكنه يتوقف عندما يتساويان معاً، وفي هذه الحالة عندما تتضاءل الفائدة الحدّية، هذا يعني التوقف عند اختبارين لأن الاستمرار في مثل هذا البرنامج للكشف الإشعاعي إلى الدرجة الأخيرة من الكمال يعتبر غير كافي». (Shepard and Thompson 1979: 540).

وباختصار، فإن التحليل الحدّي يحقق تقريباً أكبر قدر من الموارد المستخدمة، وفي المصطلحات العملية يتضمن قياس التكاليف والفوائد الخاصة بأي من توسعة أو تقليص نشاط معين، أو برنامج، أو خدمة.

## الكفاءة والعدالة:

عند وضع أهداف اقتصادية فإن معظم أنظمة الرعاية الصحية تريد أن تواصل تحقيق كلٍ من الكفاية والعدالة أو الإنصاف، *والكفاية* مصطلح عام يُسْتخدم في وصف العلاقة بين المدخلات والمخرجات أو الناتج، والتي بالتالي يمكن تقييمها في ضوء كل من التكلفة والأرباح، أو الفائدة، ومصطلح «الكفاءة» يتعلق بزيادة الأرباح، أو الفوائد من الموارد المتاحة، أو الحد من التكاليف من أجل الوصول لمستوى فائدة معين، وفي الرعاية الصحية، يمكن تفسير الفائدة على أنها مكاسب صحية، بالرغم من أن الخدمات الصحية تنتج مجالاً من الفوائد يتضمن الأشياء ذات الطابع الملموس الأقل وضوحاً، مثل المعلومات، والتأمينات، وهناك أنواعاً مختلفة من الكفاية، وسوف نقوم بتوضيح كل منها بالتفصيل في الفصول (5، 6، 7)؛ وفيما يلي ملخص قصير لها:

- *الكفاءة الفنية:* حيث يتم إنتاج المخرجات بأقل المدخولات (التقليل من الإسراف)، وهي تعرف أيضاً باسم: الكفاءة التشغيلية.
- *الكفاءة الاقتصادية:* عندما يتم إنتاج معين بأقل التكاليف، ويعرف أيضاً بالكفاءة الإنتاجية.
- *كفاءة التخصيص:* حيث يتم التزاوج ما بين نمط الخارج أو المنتج وبين نمط الطلب.
- *كفاءة باريتو:* وهي النقطة التي لا يستطيع عندها أن يكسب أي فرد بدون كون شخص آخر في حال أسوأ.

وكل مستوى للنظام الصحي يواجه أسئلة عن الكفاية، على سبيل المثال، هناك العديد من الطرق التي ينبغي على المستشفيات أن تعمل من خلالها على تحسين كفاءة عمليات التشغيل الخاصة بها، وهي تتضمن الآتي:

- إمكانية الحد من طول البقاء في المستشفى.
- إمكانية رفع مستوى إنتاجية العاملين.
- إمكانية التشغيل والاستفادة الكاملة من الأجهزة والمعدات مع الصيانة الدورية لها.
- يمكن الحد من وصف العدد الكبير من الأدوية للمرضى.
- صرف وتخزين الدواء بإدارة ملائمة لتجنب الإسراف أو السرقة.
- يمكن إحلال الممرضين محل الأطباء في الظروف الملائمة.
- الأجهزة ذات الأسعار المنخفضة يمكن أن تحل محل بعض العاملين في الظروف الملائمة.

• الجراحة اليومية (جراحة اليوم الواحد) يمكن أن تحل محل إقامة طويلة للمرضى في المستشفى.

وإذا كنت تعمل في مستشفى فربما كانت لديك خبرة سابقة أو حاولت استخدام بعضٍ من هذه المقاييس، والسؤال هنا هل كانت الأنظمة ناجحة؟ إن التنفيذ قد يكون صعباً، بالرغم من أن بعض المقاييس سوف تكون أصعب في التنفيذ من الأخرى، ولتشجيع الاستخدام الأكفأ للموارد، فإن على المستشفيات جمع بيانات مالية ويجب على المديرين أن يتدربوا على كيفية إنجاز التحليل الخاص بالتكلفة، ويجب على العاملين أن يكونوا على اطلاع على القيود المالية للمستشفى في حال فعالية التنفيذ.

إن *العدالة أو الإنصاف* هي اهتمام آخر ذو أهمية لدى الاقتصاديين وكذلك الخدمات الصحية، فالعدالة تتحدث عن توزيع الفوائد في مقابل الوصول بها إلى الحد الأقصى (كما هو الحال في الكفاية أو الكفاءة)، وفي الفصل السابع عشر سوف تدخل في تفاصيل أكثر عن الكيفية التي يتم بها تحديد العدالة وتطبيقها في قطاع الصحة، وعند هذه النقطة فمن الأفضل أن نلاحظ ثلاثة أشياء، الأولى: أن العدالة لها صلة وارتباط بكل من الحق والعدالة بالمعنى القانوني، إنها هدف موضوعي، لأنها تعني أشياء مختلفة لأشخاص مختلفين ومجتمعات مختلفة كذلك، والثاني: أن *العدالة* بمعنى الإنصاف غير العدالة بمعنى *المساواة أو التوازن*، فالإنصاف يكون عن الحق، ولكن ذلك قد يعني، أو لا يعني المشاركة بمساواة في السلعة أو الخدمات، فقد تكون نوع من العدالة التي يكون الرأي فيها أن تستولي جماعة غير ذات مميزات في المجتمع على نصيب أكبر من الموارد، وثالثاً: العدالة والكفاية عبارة عن موضوعين متصارعين فعلى سبيل المثال، قد يكون من الكفاية تمويل خدمات صحية مركزة في عدد صغير من المراكز الكبيرة، ولكنها أكثر مساواة في ضوء تفعيل ووصل الخدمات للعدد الأكبر من خدمات أصغر ومنتشرة.

## نشاط 1-3:

حاول الإجابة عن الأسئلة الآتية دون الرجوع إلى النص:

1. ما هي المصطلحات المستخدمة في وصف الرضا المكتسب من استهلاك سلعة؟
2. اشرح مفهوم «*تكلفة الفرصة*» وعلاقته بالصحة العامة؟

## التغذية الراجعة:

1. «المنفعة» هي الكلمة التي يستخدمها الاقتصاديون دائماً للإشارة إلى السعادة، أو الرضا المكتسب من استهلاك سلعة، أو خدمة، ومصطلحات، مثل الرفاهية، أو الرفاهية الاجتماعية هي بالتالي مجموعة المنفعة لدى السكان، و«جودة الحياة» والحالة الجيدة، هي أيضاً مصطلحات مستخدمة بشكل شائع كبير من المعنى نفسه، ومن المهم أن نلاحظ أن جوهر النظرية الاقتصاديةً يعتمد على افتراض أنَّ الناس يمكن أن تختلف ما بين الدول التي تحصل على قدر أقل، أو أكبر من المنفعة (وليس من الضروري أن تكون قادراً على قياس المنفعة).

2. لأن الموارد محدودة فيجب أن تكون هناك اختيارات لكيفية تقسيم هذه الموارد المحدودة في عمليات الاستثمار، وبالنسبة للحكومات، فإن اختيار الاستثمار يجب أن يُصنع بين خيار الخدمات العامة وعلى سبيل المثال الوقاية من الملاريا، وبرامج علاج الملاريا، أو بشكل أوسع الاختيار ما بين برامج مكافحة السل والملاريا، وفيروس نقص المناعة، أو قد يكون ذلك بشكل أكثر اتساعاً ما بين برامج التعليم والإسكان، والاختيارات تتضمن «تكاليف الفرصة»، وهذه التكاليف تشير إلى فوائد أفضل ثاني استثمار والتي ضاعت كنتيجة لاستخدام الموارد في أفضل أول استثمار، على سبيل المثال، إذا كان الاستثمار البديل في الملاريا قد تم العمل به طبقا للفائدة التي سوف تتولد عنه، من الأعلى إلى الأدنى، فإن البديل الأول يجب أن يكون هو علاج الملاريا والثاني يجب أن يكون الوقاية من الملاريا، وإذا كانت كل الموارد المتاحة قد خُصِّصت أو خضعت لبرنامج علاج الملاريا، فإن «تكلفة الفرصة» ستكون هي فوائد برنامج الوقاية من الملاريا.

## تصنيف علوم أو فروع علم الاقتصاد:

مثل أي مجال أكاديمي، فإن للاقتصاد عدداً من التخصصات الفرعية، يتم تحديدها بنمط الأسئلة التي يتم اختبارها، أو الطرق التي يتم استخدامها، وطالما أن «اقتصاديات الصحة» واحدة منها، إلا أن هناك تصنيفان مهمان للفكر الاقتصادي، كما هو مبين أدناه:

### الاقتصاديات الصغرى والكبرى:

تتعلق الاقتصاديات الصغرى بالقرارات التي يتخذها المستهلكون الأفراد وسكان المنزل والشركات والطريقة التي تساهم بها هذه القرارات في وضع الأسعار

والمخرجات أو المنتجات في أشكال مختلفة من السوق (كلمة الصغرى تتضمن ميزان أو تدرج صغير)، وبمعنى آخر، وحدات صناعة قرار فردية، وهذا هو التركيز في معظم أجزاء هذا الكتاب.

والاقتصاديات الكبرى تتعلق بالتفاعل الخاص بالتجمعات الاقتصادية الواسعة (مثل التضخم العام في الأسعار، وعدم توظيف الموارد في الاقتصاد، ونمو الناتج القومي)، وهي تتعلق كذلك بالتفاعل بين قطاعات مختلفة من الاقتصاد (كلمة كبرى تتضمن ميزان أو تدرج كبير)، وسوف تتعلم الكثير عن الاقتصاديات الكبرى في الفصل الثاني.

## الاقتصاديات الإيجابية والمعيارية:

يشير معنى الاقتصاديات الإيجابية إلى البيانات التي تصف كيفية تكوّن الأشياء، ومثل هذه البيانات يمكن لها أن تكون صحيحة، أو حقيقة عالمياً، أو حقيقة في ظروف معينة، أو خاطئة بشكل عالمي، وهذا يمكن التوصل إليه من خلال البحوث التجريبية الواقعية.

وتشير الاقتصاديات المعيارية إلى بيانات اقتصادية تصف كيف يجب *أن* تكون الأشياء، ومثل هذه البيانات يمكن أن تنقلها الاقتصاديات الإيجابية ولكنه لا يمكن أبدا التحقق من كونها حقيقية أو كاذبة طالما أنها تعتمد على أحكام القيمة، على سبيل المثال، نجد أن البيانات التالية إيجابية:

*وجود براءة التسجيل للأدوية يؤدي إلى إنفاق كبير على البحوث والتطّور في صناعة الأدوية*

وأساساً فإن براءة اختراع الدواء يمكن أن تلاحظ وكذلك بالنسبة للإنفاق على البحوث، وبوساطة استخدام الأساليب الإحصائية الملائمة فإننا قد نجد أو لا نجد أن هذه هي الحالة، أو ربما تكون كذلك في بعض الدول، أو تحت ظروف معينة، ونجد أن العبارة التالية، عبارة سلبية:

*براءة اختراع الدواء يجب أن تنفذ في الصناعات الدوائية.*

وحتى يكون الأمر ومفيداً بالنسبة لصانعي السياسة، فإن الاقتصاديون يستخدمون كل من الاقتصاديات المعيارية والإيجابية، فالعبارات الإيجابية يمكن أن تصف ما الذي سوف يحدث (أو لن يحدث) إذا تم تنفيذ سياسة معينة، ولكن حتى يمكن تقديم توصية، فإننا نحتاج إلى تقييم السياسة طبقاً لمعيار أو أكثر، والمعياران

اللذان سبق وأن عرض عليك هما الكفاية، والعدالة، والعايير الأخرى التي توضع في حسبان الاقتصاديات هي النمو الاقتصادي والاستقرار في الاقتصاديات الكبرى (والتي سوف تقرأ عنها في الفصل الثاني)، واعلم أن الدراسات غالباً ما تحتوي على كل من العبارات الإيجابية والمعيارية، وفي أي شيء تقرأه، يجب أن تحاول أن تلقي الضوء على العبارات التي تتجاوز الوصف (مثل هذه العبارة !).

يشتهر الاقتصاديون بوجود الاختلافات بينهم، ويصبح الأمر مفهوماً عندما نضع الآتي في الاعتبار:

- الاقتصاديون توّاقون إلى التأثير في السياسة.
- التوصيات السياسية تكون معيارية وداعمة لأحكام القيمة.
- أحكام القيمة تتنوع وتختلف من فرد لآخر.

بناء على هذه الأسس فإن الفرد يجب أن يتوقَّع وجود قدر كبير من الخلافات بين الاقتصاديين مما يعكس معه عدم الاتفاق في العالم على اتساعه، وعلى نحو مطمئن، فإن البحوث المسحيّة مثل تلك التي قدمها «ألستون» *وآخرين* .Alston et al) 1993)، أو«فوللر» (Fuller) و«جيد ـ ستيفنسون» (Geide –Stevenson 2003) يبدو أنها تؤكد على أن هناك اتفاقاً أكثر بين الاقتصاديين على الموضوعات أو القضايا الإيجابية مقارنة بالموضوعات أو القضايا المعيارية، والاقتصاديات بطيئة في الوصول إلى إجماع على أفكار معينة، وذلك يعود إلى طبيعة الموضوعات تحت الدراسة، فهي إما أن تكون مستحيلة، أو صعبة من حيث تنفيذ تجارب يمكن عن طريقها مراقبة التغييرات في المتغيّرات الخاصة بالاهتمامات، وفي الوقت نفسه، إمكانية تثبيت العوامل الكامنة الأخرى ذات التأثير.

## هل يمكن تطبيق الاقتصاد على القطاع الصحي؟

أي فرد يعمل في قطاع الصحة يعرف جيداً ندرة الموارد في هذا القطاع، وهناك أسباب متعددة، لاستمرار الطلب بالنسبة للخدمات الصحية في الزيادة عن العرض:

- نسبة *كبار السن* في المجتمع، حيث أن الأكبر سناً يحتاج لخدمات صحية أكثر من الشباب.
- *التقنيات الصحية الجديدة*، والتي تعني زيادة الحالات القابلة للعلاج.
- ارتفاع معدل *التوقعات* لدى الناس.

يتم اتخاذ الاختيارات بشكلٍ حتمي عن أنواع العلاج المقدمة، ومن سوف يتلقى العلاج، ذلك أن هناك شكلاً معيناً من أشكال المنطق في ذلك، والاقتصاديون يدافعون عن جعل هذه القرارات المنطقية واضحة وجليّة، والأهم في سياق الموارد المحدودة القسم الخاص بالخدمة (X) والذي يعني بالضرورة أن خدمة ثانية (Y). المكسب الصحي الذي نحصل عليه من الخدمة (Y). هي تكلفة الفرصة لقرارنا الخاص بتقديم الخدمة (X) وما يحاول الاقتصاديون تأكيد أن تكلفة الفرصة الخاصة بتقديم الخدمة (X) [المكتسبات الصحية من Y] لا تتعدى المكتسبات الصحية من X.

وبما أن الاقتصاد هو دراسة الفرصة، والندرة فإنٍ ذلك يستتبع إذا كانت النواحي الاقتصادية ذات صلة بأي شكل، فإنها ستكون أيضاً مترابطة وذات صلة في مجال الصحة، ومع ذلك، فإن الخدمات الصحية لها بعض الخصائص المهمة والتي تعني أن النماذج الاقتصادية البسيطة أو الخام يجب استخدامها بحرص (Arrow 1963). ولا يوجد من بين هذه الخصائص ما هو فريد بالنسبة للقطاع الصحي، ولكن الجمع بين الخصائصِ مع الرقم المطلق الخاص بها قد ساهم أن تصبح الاقتصاديات الصحية فرعاً مميزاً من فروع الاقتصاد، وأحد هذه الصفات الموجودة في كثير من اقتصاديات الصحة والتي تحوّل بها بشكل ما بعيداً عن المجرى الرئيسي للاقتصاديات، هو تركيزها على الناحية الصحية أو ارتباطها بالمنفعة ذات العلاقة بالناحية الصحية *كطلب رئيسي* أو هدف للخدمات الصحية، وهذا الأسلوب يشار إليه غالباً «بالرفاهية الزائدة» وهو مميز عن الرفاهية التي تركز على هدف مضاعفة المنفعة أو الرفاهية، وفي سياق تقييم الخدمات الصحية فإن «الرفاهية» تحتمل وجود هدف أوسع حيث يمكن أن يحتوي على مجال واسع من الفوائد غير الصحية مثل الاختيار والتأمين.

وغالباً ما يكون هدف الاقتصاديات الصحية هو إعلام صانعي القرار حتى تصبح القرارات التي يتخذونها تضاعف من الفوائد الصحية للسكان، واقتصاديات الصحة لا تتعلق بتوفير المال ولكن بتحسين مستوى وتوزيع الصحة للسكان علىٍ قدر الموارد المتاحة، وعبر الدورة الدراسية الخاصة بهذا الكتاب فسوف تكون قادراً على تقرير المدى الذي تصل إليه الطرق والمناهج المحددة للاقتصاديات الصحية، في تقديم النظرة المفيدة للسياسة الصحية.

## الملخص:

قرأت في هذا الفصل عن بعض المفاهيم الرئيسية للاقتصاد، وليس قليلاً عن موضوع الندرة وتكلفة الفرصة، والمقدمة المنطقية الخاصة بالتحليل الاقتصادي حيث

إنه لا يوجد أبداً موارد كافية لعمل كل شيء يعجبنا وهو ما يسمى بالندرة، وعلى ذلك فطالما نقوم بعمل الاختيار مثل كيفية استخدام مورد معين، فإن هناك شيء آخر يجب التخلي عنه (تكلفة الفرصة)، والاقتصاديات تقدم لنا ما هو عبارة عن إطار عمل للتحديد المنطقي لهذه المشكلة، كذلك فإنك في هذا الفصل قد اكتسبت الفهم لأنواع الأسئلة التي يساعد بها الاقتصاديون على التحديد في قطاع الصحة ووجهات النظر الأخرى التي يتخذونها، على سبيل المثال، فإن الاقتصاديات يمكن أن تتبنى أسلوب الاقتصاديات الضخمة أو الاقتصاديات الكبرى، أو أن تكون إيجابية أو معيارية، واقتصاديات الصحة هي عبارة عن علم أو تخصص فرعي داخل علم الاقتصاد، والذي يتم بموجبه تطبيق النظريات والطرق الاقتصادية على كل جوانب الصحة والرعاية الصحية.



# الفصل الثاني

# الاقتصاديات الكبرى، العولمة والصحة

# Macroeconomics, globalization and health

## نظرة عامة:

إن الهدف من هذا الفصل أن نقدم الاقتصاديات في مجال الصحة والرعاية الصحية، مركّزين على ملامح الأنظمة الصحية، وذلك في مقابل الباقي من هذا الكتاب، واقتصاديات الصحة بشكل عام أكثر، والتي تميل إلى أن تكون اقتصاديات صغرى مركزة على وحدة التحليل سواء بالنسبة للأفراد أو سكان المنزل، أو الشركات مثل المستشفيات، وسوف يتم في هذا الفصل تحديد ملامح ماذا تعني الاقتصاديات الضخمة أو الكبيرة، ثم نعطي نوعاً من التبصّر في العلاقة بين الاقتصاديات الكبرى والصحة، كذلك سوف يتم مناقشة الموضوعات الرئيسية، والقضايا التي تواجه الصحة والأنظمة الصحية من الناحية التجارية.

## الأهداف التعليمية:

بعد العمل على قراءة هذا الفصل، سوف تكون قادراً على الآتي:

- تحديد ما هي الاقتصاديات الكبرى، وتمييزها عن الاقتصاديات الصغيرة.
- تفسير المصطلحات الخاصة بالاقتصاديات الكبرى، بما في ذلك مصطلح «الناتج المحلي الإجمالي» والناتج القومي المحلي، والدخل القومي، والتضخم، والنماء الاقتصادي، والتجارة، وانخفاض قيمة التداول وميزان المدفوعات.
- تحديد الصلة بين نشاط الاقتصاديات الكبرى والصحة، والرعاية الصحية.

- وصف العلاقة بين الإنفاق على الرعاية الصحية، والناتج المحلي الإجمالي، السكان والصحة.
- وصف الطرق التي من خلالها قد يؤثر التكامل الأكبر في الاقتصاديات الكبرى على المستوى العالمي في الصحة والرعاية الصحية من خلال التجارة العالمية.

## المصطلحات الأساسية:

**زيادة القيمة:** عندما يرتفع تداول العملة نسبياً بالمقارنة بتداولات عملات أخرى، فإنه يكون مقبولاً بزيادة القيمة.

**ميزان المدفوعات:** قياس تدفق التداول بين الدول المختلفة.

**استقرار أو ثبات الدولار:** يقابل القيم التي تم ضبطها بالنسبة للتضخم، والتي تعكس القوة الشرائية الحقيقية أو الفعلية.

**تداول الدولار:** الإنفاق الفعلي للدولار، دون ضبط التضخم.

**انخفاض القيمة:** عند هبوط العملة أمام عملات أخرى، فإن ذلك يسمى انخفاضاً في القيمة.

**الأزمة الاقتصادية:** الهبوط المستمر طويل المدى في النشاط الاقتصادي وهو أكثر شدّة من الفتور الاقتصادي.

**الناتج المحليّ الإجمالي:** مؤشر يستخدم في قياس إنتاج اقتصاد معين، وهو القيمة الإجمالية للسلع والخدمات التي أنتجت خلال عام واحد في دولة معينة، والناتج المحلي الإجمالي يتعلق بالإنتاج الذي تم في موقع جغرافي معين، بصرف النظر عن جنسية المنتجين (مثل شركة مملوكة لجهة أو جهات أجنبية).

**إجمالي الناتج القومي:** قياس النشاط الاقتصادي الذي قام به المواطنون والشركات في هذا البلد أو الدولة بصرف النظر أين تم هذا الإنتاج، وإجمالي الناتج القومي هو عبارة عن إجمالي الناتج المحلي بالإضافة إلى دخل العاملين أو المواطنين العاملين في الخارج، مخصوماً منه الدخل الذي اكتسبه العاملون الأجانب في هذا البلد.

**التضخم:** ارتفاع عام في الأسعار بمرور الوقت، وهذا يعني أن المال يفقد قيمته بمرور الوقت.

**تعادل القوى الشرائية:** معدل التبادل في العملات والذي يعادل أسعار سلة السلع التجارية المتطابقة أو المتشابهة، والخدمات الموجودة في عدد من البلدان المختلفة.

## ما هي الاقتصاديات الكبرى؟

ببساطة، الاقتصاديات الكبيرة تُلاحظ في الأداء والتوظيف الخاص بالاقتصاد ككل ـ والعلاقة بين النمو الاقتصادي، والإنتاج، والعمالة، أو التوظيف، والتضخم، كل هذه المصطلحات تعودنا أن نراها كل يوم، ولكن ماذا تعني هذه المصطلحات؟

### النمو الاقتصادي:

من أجل التبسيط، *النمو الاقتصادي* هو عبارة عن تغيير إيجابي في مستوى الإنتاج للسلع والخدمات في بلد أو دولة عبر فترة معينة من الزمن، وإجمالي الناتج المحليّ هو المؤشر الرئيسي الذي يستخدم لقياس حجم الناتج لاقتصاد معين، فهي القيمة الكلية للسلع والخدمات التي تم إنتاجها خلال عام واحد في دولة معينة.

وفي المقابل نجِد أن إجمالي الناتج القومي والذي يطلق عليه «إجمالي المنتج القومي» يقيس أيضاً الناتج أو الخارج الاقتصادي، وهو خاص بقياس نواتج الأنشطة الاقتصادية التي تم القيام بها بواسطة المواطنين والشركات الموجودة في هذا البلد، بصرف النظر أين يتم هذا النشاط (في الوطن أو خارجه).

يستخدم إجمالي الناتج القومي لكل فرد بشكل عالمي في تصنيف البلاد إلى مراتب من النمو، وكل عام يقوم البنك الدولي بمراجعة المعايير القياسية الخاصة بإجمالي الناتج القومي لكل فرد التي تستخدم في تصنيف الدول، (والجدول 2-1) يوضح تصنيف البنك الدولي للدول المختلفة عام 2011 اعتماداً على الناتج القومي لعام 2009.

إن أحد مشكلات مقارنة إجمالي الإنتاج المحلي عبر الدول، هو أن الأسعار تختلف باختلاف الدول، وهذا يؤثر في القيمة الكلية لإجمالي الإنتاج المحلي، فعلى سبيل المثال نجد أن إجمالي الإنتاج المحلي في الهند والولايات المتحدة يتم حسابه على

أساس الأسعارٍ الموجودة في هذه البلاد، وحتى متوسط التكلفة لنفس السلعة قد يكون أكثر انخفاضاً في الهند، وعلى ذلك فإنه في عام 2006 كان إجمالي الإنتاج المحلي في الولايات المتحدة لكل فرد 37.767 دولار، وبالنسبة للهند 27.251 روبية وكان معّدل تبادل العملة في عام 2006 سعر الدولار الواحد = 45.31 روبية، وباستخدام هذا المعدل في تبادل العملة بالنسبة لتحويل الروبية إلى دولارات، تجد أن إجمالي الناتج المحلي لكل فرد في الهند كان 601 دولار، وهذا يمكن أن يعطي صورة مضلّلة عن الثروة النسبية للبلدين، فالسلع في الهند ذات تكلفة أقل عما هو موجود في الولايات المتحدة لذلك فإن قيمة الدولار في الهند أعلى من قيمة الولايات المتحدة الأمريكية وعلى ذلك فإنك إذا استبدلت الأسعار الهندية بالأسعار الأمريكية في تقييم السلع والخدمات المنتجة في الهند، تكون لديك مقارنة أكثر مصداقية لإجمالي الناتج المحلي، وهذا الضبط للأسعار يسمى *«تعادل، أو توازن القوى الشرائية»*، وباستخدام البيانات الخاصة بتعادل القوى الشرائية فإن معايير صندوق النقد الدولي قدّرت أن إجمالي الناتج القومي لكل فرد في الهند (4183) دولار في عام 2006، وعادة فإن المقارنات الدولية للناتج المحِلي تستخدم تعادل القوى الشرائية ذات القيم المعدّلة للحصول على نتائج أكثر صدقاً.

**(الجدول 2-1): تصنيف البنك العالمي للدول.**

| | *إجمالي الناتج القومي لكل فرد، 2009* | *عدد الدول* |
|---|---|---|
| الدول ذات الدخل المنخفض | 995 دولار أو أقل | 40 |
| الدول ذات الدخل تحت المتوسط | 996 دولار أو أقل | 56 |
| الدول ذات الدخل فوق المتوسط | 3,945 - 12.195 دولار | 48 |
| الدول ذات الدخل المرتفع | 12,196 دولار أو أكثر | 69 |

*Source:*World Bank (2011)

## التضخم:

*التضخم* هو أحد مفاهيم الاقتصاديات الكبرى، حيث إنه يشير إلى الارتفاع العام في الأسعار بمرور الوقت، والذي يتسبب في هبوط قيمة العملة، على سبيل المثال، إذا زاد السعر 5 % خلال سنة، فما كنت تستطيع شراؤه بدولار واحدٍ في

العام السابق سوف يُكلف الآن 1.05 دولار، وهكذا فإن دولار اليوم يساوي أقل من دولار العام السابق وذلك في ضوء قوته الشرائية، والاقتصاديون يقيسون التضخم باستخدام *مؤشر الأسعار*.

ومؤشر الأسعار يتم تكوينه بواسطة تحديد أي السلع التي يتم شراؤها بشكل متكرر من سكان المنزل مثل السلع الغذائية، وهذه السلع توضع في سلة (افتراضية!) وسعرها كان موضع الرقابة، والتغيير في السعر الإجمالي للسلع الموجودة في هذه السلة هي التي تقيس التضخم، ومؤشر الأسعار يتم وضعه عند 100 *بالنسبة* لسنة معينة (السنة الأساس) والتغييرات المتتالية التي تحدث بعد ذلك في الأسعار توضع في نسبة أمام السنة الأساس، ومن ثم، إذا كان مؤشر الأسعار قد تم وضعه عند 100 للعام 2000، وكان مؤشر الأسعار 112.4 في 2001، فإن التضخم في 2001 سيكون 12.4 %.

وغالباً ما نشير إلى أن *الدولار الجاري والدولار الثابت أو المستقر* عند مناقشة التضخم، والدولارات الجارية، أو المتداولة تشير إلى الإنفاق الفعلي للدولار، أما الدولارات الثابتة أو المستقرة التداول فتشير إلى القيم التي تم ضبطها بالنسبة للتضخم، وعلى ذلك فإنها تعكس القوة الشرائية الحقيقة أو الفعلية في التحليل الاقتصادي فإنه من الشائع استخدام قيم ثابتة حتى أن الاتجاهات الحقيقة يمكن تحليلها بمرور الوقت بعد استبعاد التأثير الخاص بالتضخم.

## معّدلات التبادل وميزان المدفوعات:

تشير معدلات *التبادل* إلى أي حد يكون للعملة الخاصة بدولة معينة قيمة بالنسبة للعملة المتداولة في دول أخرى، فإذا كانت قيمة العملة المتداولة هابطة بالنسبة لعملة أخرى، فإن هذا يمثل *انخفاضاً في قيمة العملة الشرائية*، وإذا كان هناك ارتفاعاً بالنسبة إلى العملات المتداولة الأخرى، فيقال أنه *ارتفاع في قيمة العملة الشرائية*، والتذبذب في معدلات التبادل أو تغيير العملة مهم جدًّاً، لأن كل دولة تستورد وتورد السلع والخدمات، وهناك أيضاً تدفق في المال بين الدول، و*ميزان المدفوعات* يستخدم في قياس هذا التدفق بين الدول والبلاد، وعادة فإن المدفوعات يتم قياسها بالعملة المتداولة للدولة التي تدفع المدفوعات التي يتم عملها للدول الأخرى يُنْظر إليها على أنها الجانب المدين (الاستيراد مثلاً) أما المدفوعات التي نستقبلها من دول أخرى توضع في جانب الدائن (الصادر)، وعلى ذلك فإن هناك مؤشر مهم للأداء الخاص بدولة معينة في التجارة العالمية، والاستثمار هو مستوى *الفائض، أو العجز* في ميزان مدفوعاتها.

## التجارة العالمية:

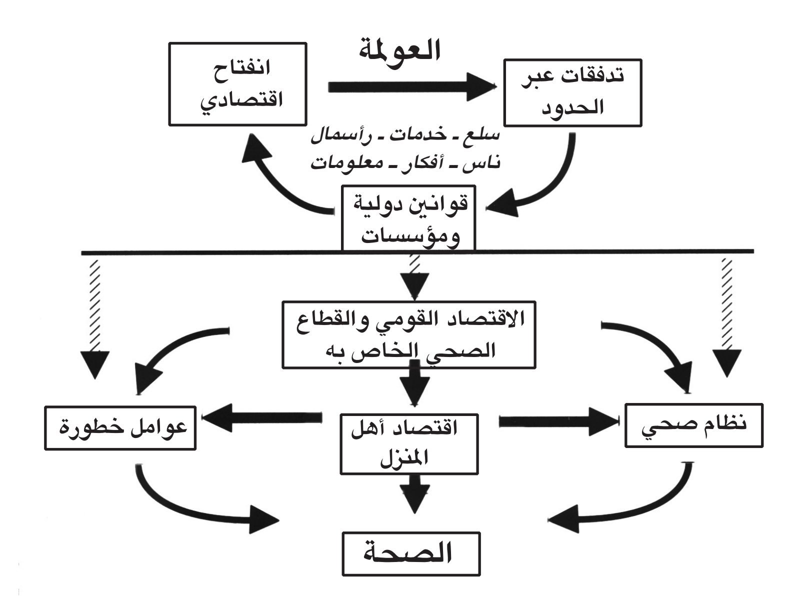
هناك عنصراً آخر مهم في الاقتصاديات الكبيرة هي «*التجارة العالمية*»، وطبقاً لقانون «الأفضلية النسبية» (Comparative Advantage) فإن التجارة الحرة بين الدول تكون مبررة لأنها تشجع الدول على تصدير السلع الأفضل في الإنتاج، بمعنى التخصص، والسبب في ذلك أن دولة معينة تكون الأفضل في إنتاج نوع معين من السلع بالمقارنة بدولة أخرى، يكون ببساطة أنها موقوف عليها الجمع بين الموارد التي هي الأكثر صلاحية وملائمة لإنتاج هذه السلعة، على سبيل المثال، الدولة التي تتمتع بقدرٍ كبيرٍ من إشراق الشمس ومساحات واسعة من الأرض يمكن النظر إليها على أن لها «الأفضلية النسبية» في الزراعة، وكل تاجر ينشغل في إنتاج سلعة تتلائم بشكل أفضل مع مواهبهم الطبيعية من المهارات والموارد كأنهم يستطيعون التخصص في إنتاجها ومن ثم تجارة هذه السلعة أمام سلع أخرى من الآخرين، من الذين يكونوا بالمثل أكثر كفاءة في إنتاج هذه السلع الأخرى، وعلى ذلك، فإنه من خلال التخصص فإن التجارة الحرّة ترفع من الإنتاج العالمي والذي بدوره يزيد من تنوع الإنتاج، ويقلل من تكلفة البضائع بشكل عام حتى أن الثروة العامة تكون في ازدياد، وهذه الدول التي تشترك في التجارة سوف تشارك بذلك زيادة في الناتج المحلي الإجمالي، واختيار أوسع للسلع المتاحة والخدمات، ومعدلات عالية من التوظيف للعمالة، وعائدات حكومية أكثر (نظراً للمدخول الأعلى)، والمشكلة بالطبع هي من ناحية الممارسة، فإن كثير من الدول تضع حواجز أمام التجارة من أجل حماية الصناعات المحلية، وحواجز مثل التعريفات الجمركية وتقييد وحظر الاستيراد، وتأثير هذه الحماية هي أنها تعطي الإمكانيات للدولة أن تستمر في إنتاج السلع والتي لا توجد فيها أفضلية نسبية بالنسبة لهم، ولكن في نفس الوقت لا تشجع تلك الدول التي تملك بالفعل أفضلية نسبية في هذه المنتجات، فلماذا تفعل بعض الدول ذلك؟ إن ذلك لحماية مصالح جماعية معينة (اتحاد مزارعين، اتحادات خاصة، مجموعات صناعية.. إلخ).

## ما هي الجوانب التي تؤثر فيها الاقتصاديات الكبرى في الصحة؟

هناك مدى معين من المحددات والصلات الدانية والقاصية بين الأحداث على مستوى الاقتصاديات الكبرى (والتي تكون فيما وراء الرعاية الصحية) والصحة، والأنواع الرئيسية منها موضحة في (الشكل 2-1)، والنصف الأدنى من الشكل يمثل الدولة الفردية تحت الاعتبار، والنصف الأعلى يوضح الجوانب الخاصة بالنظام العالمي، والذي تم التوسع فيه بطريقة واضحة في العقود الأخيرة من خلال العولمة،

وتشير الأسهم الموجودة بين المكونات المختلفة إلى ما يسمى «بالوصلات الرئيسية»، وهذه صورة مبسطة إلى حد كبير لتقديم إطاراً مرجعياً ومفهوماً واعياً.

وهكذا، دعنا نفكر قليلاً في هذه العناصر الرئيسية والوصلات، فالصحة يلقي عليها الضوء على أنها العنصر الرئيسي في أدنى الشكل، مع التسليم بأنها التركيز الرئيسي لدى هؤلاء الذين يقرأون هذا الفصل، وهناك مجال من التأثير على الصحة (بما في ذلك القطاع الصحي بالطبع)، وعندما نأخذ بالنصف الأسفل من الشكل أولاً، فما هو الذي نطلق عليه مصطلح «المؤثرات المعيارية» على الصحة والمبيّنة فيه، وهذا يتضمن *عوامل الخطورة*، والتي تمثل الميل الوراثي المسبق للمرض، والمؤثرات البيئية، والأمراض المعدية أو التي تنتقل بالعدوى، والجزء الثاني هو ما يطلق عليه اصطلاحاً «*اقتصاديات أهل المنزل*»، والذي يمثل العناصر ذات الصلة بالكيفية التي يتصرف بها الناس، أو السلوك، وبمعنى أوضح استثمار أو عدم استثمار الناحية الصحية عن طريق الذي يستهلكونه والنشاطات التي يقومون بها، وعندئذ يكون لدينا *القطاع الصحي*، والذي كما تكلمنا في الفصل الأول يضم تلك السلع والخدمات أساساً لتحسين الحالة الصحية. وإجمالاً لما سبق، نجد أن *الاقتصاد القومي* يمثل ما وراء تأثير الهياكل الحكومية، والأسواق وتأثيرها على الحالة الاقتصادية الجيدة.




**(الشكل 2-1): العناصر الرئيسية والوصلات بينها على مستوى الاقتصاديات الكبرى قومياً ودولياً.**

*Source:* **Smith (2006).**

وفي النصف الأعلى من الشكل، نلاحظ تأثير العناصر التي تكون عادة خارج نطاق الصلاحيات الحكومية الموضحة، فعلى سبيل المثال، هناك تنوعاً واسعاً للمؤثرات الدولية مباشرة في اتجاه عوامل الخطورة بالنسبة للصحة، بما في ذلك التعرض المتزايد للأمراض المعدية من خلال الانتقالات عبر الحدود للأمراض التي تنتقل بالاتصال واستخدام المنتجات غير الصحية وكذلك السلوكيات غير الصحية، الانحلال البيئي، تلك المؤثرات غالباً ما لا تكون موجودة داخل حدود البلد، والتفاعل المتزايد في نظام الاقتصاد العالمي سوف يؤثر أيضاً في الصحة من خلال تأثير الاقتصاد القومي والثروة (Sachs 2001, Blouin et al 2009). ومن الثابت على سبيل المثال أن الرخاء الاقتصادي يرتبط إيجابياً بصفة عامة بالتوقعات المتزايدة في الحياة، بالرغم من أن الثروة المتزايدة غالباً ما تجلب معها المزيد من الأمراض المزمنة، وأخيراً، فإن الرعاية الصحية سوف تتأثر مباشرة من خلال الاحتياطي الموجود، وتوزيع السلع المرتبطة بالصحة، والخدمات والناس، مثل الوصول إلى منتجات الأدوية، والمعلومات الصحية والتقنيات (مثل التطورات الجديدة في مجال الجينات الوراثية) وحركة المرضى والمهنيون (Smith et al، 2009)، كذلك نلاحظ أنه في النصف الأعلى من هذا الشكل، نرى أهمية أطر العمل القانونية والسياسية الدولية التي تعزز الكثير من هذه الأنشطة، مثل اتفاقات التجارة الثنائية والإقليمية والمتعددة الأطراف.

وفي ضوء الربط بين هذه المؤثرات، نرى أن الأسهم السوداء تشير إلى ما بين العناصر على المستوى العالمي والقومي، وتشير الأسهم المقلمة إلى أشكال معينة من الارتباطات، أو التوصيلات بين الظروف العالمية، والمحلية، ويشير السهم المقلم الأول إلى كيف يمكن للاقتصاديات الكبرى المتزايد أن يجلب تغييرات مصاحبة في عوامل الخطورة المرتبطة بالمرض، وهذا سوف يتضمن كل من الأمراض السارية لأن التجارة تشجع الناس والسلع على عبور الحدود، وأن الأمراض غير السارية، كتغيير في أنماط استهلاك الطعام على سبيل المثال، تتأثر بالتغيير في الدخل والإعلانات الصناعية، وثانياً: فإن التفاعل المتزايد على مستوى الاقتصاديات الضخمة سوف يؤثر على الاقتصاد المحلي خلال التغييرات التي تحدث في الدخل وتوزيع هذا الدخل، كما تؤثر في إيرادات الضريبي، وهذا سوف يؤثر على الاقتصاد المنزلي وكذلك قدرة الحكومة على الاندماج في التمويل العام وكذلك في الجزء الخاص بالإنفاق على الرعاية الصحية، وأخيراً السهم الثالث يشير إلى أنه سوف يكون هناك تفاعلات فيما بين السلع الصحية، والخدمات، مثل الأدوية وما يرتبط بها من تقنيات، والعاملين في الرعاية الصحية وكذلك المرضى.

ومن المهم أن نلاحظ أن هذا الفصل يركز على تأثير الاقتصاديات الكبرى على الصحة، ومن أجل مناقشة تأثير الصحة على الاقتصاديات الكبرى، فقد أوصينا بقراءة الأوراق والتقارير العلمية التي ساهمت في اجتماعات منظمة الصحة العالمية عن الاقتصاديات الكبرى والصحة، بما في ذلك التي قدمها ساش (Sachs 2001) وتلك الورقة الخاصة بصندوق النقد الدولي (Hsiao and Heller, 2007).

## الاقتصاديات الكبرى، وسكان المنزل:

إن الكثير من سياسات الاقتصاديات الكبرى متعلقة بالنمو في الاقتصادي ـ المستويات المتزايدة من إجمالي الناتج المحلي، وذلك لأن الناتج المحلي الأعلى يؤدي إلى وجود فرص أعظم للاستهلاك، والتي سوف تتسبب، في هذا السياق الموجود هنا الآن مع تساوي الجوانب الأخرى، في تحسن الصحة، وبهذا الخصوص، فإن العمل على تكامل الاقتصاديات الكبرى عالمياً ـ أو التجارة العالمية ـ هو المفتاح إلى النمو الاقتصادي من خلال التخصص، أو «قانون الأفضلية النسبية».

### الثروة والصحّة:

بصفة عامة، فإن التحليلات توضح أن «البلاد الأغنى هي البلاد الأكثر صحة» (Pritchett and Summers, 1996)، والعوامل ذات الصلة في هذه العلاقة هو تحسين التغذية، وتعزيز الصحة، والمياه والتعليم (Smith 1999). وفي ضوء النمو الاقتصادي، وبينما تشير بعض الأدلة إلى أن تحرير التجارة سوف يخفف من الفقر على المدى الطويل، فإن الأمر لا يُنْظر إليه دائما في ضوء هذه النظرية الإيجابية، على الأقل على المستوى القريب، فإن الآثار العكسية وخاصة لدى الناس الأكثر فقراً، هي التي نلاحظ وجودها (مثل الزيادة في تكاليف المعيشة، وزيادة الأحياء الفقيرة، والأمراض المزمنة، والتلوث، وظروف العمل غير الآمنة).

### تأثيرات التوزيع:

إنّ أحد أوجه النقد الموجهة إلى الأساليب أو المناحي الخاصة بالاقتصاديات الكبرى، هو قلة الانتباه إلى *تأثيرات التوزيع أو* الانتشار ـ معظمها يعتمد على مؤشرات تكاملية مثل «الدخل الكلي»، وحجم التجارة، والتوظيف ...الخ، وهذا يعكس التركيز على النمو والكفاءة في العدالة والإنصاف، وعلى ذلك فإنه بالرغم من أن

تحرير التجارة قد يحمل مميزات، فإن العامل الحاسم في مدى هذه المميزات وإلى من تتجه، يعتمد على كيفية تعامل الدول مع عملية التكامل في الاقتصاديات العالمية (Lall 2004:79)، على سبيل المثال، فإن التوظيف والعمالة المكثفة خلال عمليات التصنيع والنمو الاقتصادي يصاحبها دائما انهدام في العمل عند تحرك العمالة من قطاع أو صناعة معينة إلى أخرى (Ghose 2003)، وفي غياب شبكات الأمان الاجتماعية، فإنه في مثل هذا الوضع ليس فقط عدم الاستقرار هو الذي يدفع الأشخاص نحو الفقر، وإنما يمكن أيضاً أن يؤثر بشكل غير مباشر على الصحة من خلال الضغوط الناتجة عن هذا الاختلال الاجتماعي والاقتصادي (Wilkinson and Marmot 2003).

## الاستقرار الاقتصادي:

جانب آخر مهم في النمو والصحة بالنسبة للاقتصاديات الضخمة، هو الاستقرار الخاص بعملية النمو، وعدم الثبات الاقتصادي يكمن في الأسواق المتقلبة، وتكرار الصدمات الخارجية والتأثيرات المتزايدة لهذه الصدمات، وهذا يُترْجم إلى عدم الأمان الاقتصادي بالنسبة للفرد، الذي يرتبط بشكل كبير بالضغوط المرتبطة بالمرض (Wilkinson and Marmot 2003). كذلك فسوف يؤثر على كفاءة التخطيط المالي للصحة المرضية بالنسبة لسكان للمنزل وكذلك قطاعي الصحة العام والخاص، ويؤدي إلى نوع من النفور لدى المستثمر (بما في ذلك من خلال قطاع الصحة نفسه).

والثبات الاقتصادي يتأثر بأشياء أخرى، مثل الحصة الخاصة بالدخل/ والنمو المعتمد على التجارة، مع النظرة العامة بأن تحرير التجارة، وخاصة في الخدمات المالية، وحركة رأس المال، مما يسبب في تقلب الأسواق، وعدم استقرارها، وبالطبع، فإن كون الاقتصاد مفتوحاً، فإن ذلك لا يؤدي بشكل آلي إلى عدم الثبات أو الصدمات الاقتصادية ـ تحذير مهم يرتبط بحجم الاقتصاد، وعلى ذلك بالرغم من أن المستويات المطلقة للتجارة قد تكون مرتفعة، فإن المشاركة التجارية لإجمالي الناتج المحلي في الدول الغنية يميل لأن يكون صغيراً (10 %) وعلى ذلك فهم يميلون إلى أن تكون لديهم القدرة على استيعاب أو امتصاص الصدمات التي تُفرض عليهم من الأسواق الخارجية، وبالنسبة للدول الأصغر، وغالبا ما تكون من الدول النامية، تساهم التجارة بحصة أكبر بكثير من إجمالي الناتج المحلي لأنهم يعتمدون أكثر على الاستيراد والتصدير لتأمين المدخلات واقتصاديات الميزان، وعلى ذلك، فإن الاقتصاديات الأكثر اعتماداً على التجارة، سيكون غير ثابتا بشكل متأصل ـ غير قادر على امتصاص الصدمات الاقتصادية الخارجية مثل نقص البترول وتذبذب معدّلات تداول العملة والمنافسة العالمية.

## الاقتصاديات الكبرى وعوامل الخطورة بالنسبة للأمراض:

من المعروف والموثق جيداً، أن هناك تنوعاً في المحددات الاجتماعية للصحة، والتي تشير إلى الظروف العامة التي يعيشها الناس ويعملون فيها، والتي تؤثر في قدراتهم على أن يستمروا في حياة صحية أم لا، وهذا يتضمن عوامل مثل التوظيف، والتغذية، وظروف البيئة والتعليم (Sachs 2001). وهذه المحددات الاجتماعية تساهم في خطورة أمراض مختلفة ويُنْظر إليها غالباً على أنها تختلف من حيث دورها في التأثير على إمكانية الانتقال أو عدم انتقال الأمراض.

### الأمراض القابلة للانتقال:

إن مساهمة الاقتصاديات الكبرى في انتشار الأمراض القابلة للانتقال (المعدية) تأخذ طريقها في شكلين، الأول: في البيئة بصفة عامة التي يعيش فيها الناس (فيما يتعلق بالتلوث، والعوامل الصحية..إلخ) والتي يتم تحديدها ـ حيث الجزء الأكبر ـ بسبب الدخل والثروة، وثانياً: الحركة العالمية المتزايدة بالنسبة للبشر والحيوانات والسلع، والمرتبطة بزيادة التجارة، سوف تؤثر في حركة المرض، وهذا يتم إيضاحه بشكل أفضل عند عرض مثال عن متلازمة الإصابة التنفسية الحادة الوخيمة.

#### متلازمة الإصابة التنفسية الوخيمة:

متلازمة الإصابة التنفسية الوخيمة هو عبارة عن: مرض معدي والذي يمكن انتشاره بين البشر، وقد ظهر هذا المرض أواخر عام 2002، وكان ينتقل بنفس الطريقة التي ينتقل بها فيروس البرد (الزكام)، وظهر بداية في إقليم جواندونج في الصين، وأخذ المرض ينتقل بسرعة كبيرة إلى أستراليا، البرازيل، وكندا والصين وهونج كونج، وجنوب أفريقيا، وأسبانيا، والولايات المتحدة الأمريكية، وقد أدى ذلك إلى تبعات صحية خطيرة، وقد لُوحظ تفشي هذا المرض خلال الربع الثاني من 2003 وأعلن عن ذلك في يوليو 2003، وبالرغم من إصابة 10.000 حالة، مات منها 10 % فإن العائد، أو التأثير على الصحة كان أقل تدميراً مما يتوقع، ومع ذلك، فإن العائد الاقتصادي المحتمل لهذا المرض كان كذلك محل التركيز، وخلال فترة انتشار المرض كان هناك انخفاض مُلاحظ في دخل الرحلات والسياحة في الكثير من البلاد التي أصابتها عدوى المرض، فقد كان من المتوقع أن الخوف من المرض سوف يؤثر على تلك الصناعات التي يتجمع فيها الناس في أماكن عامة مثل المطاعم، والسينما أو منشآت التجزئة، وكان التوقع العام في أعباء الاقتصاد العالمي ما بين 30-100 بليون دولار (نحو 3-10 مليون للحالة). المصدر: كيبيو ـ براون وسميث (2008).

*Source:* Keogh-Brown and Smith (2008)

## الأمراض غير السارية:

ربما تكون العلاقة بين نشاط الاقتصاديات الكبرى وبين الأمراض غير السارية، علاقة أقل وضوحاً، ورغم أن نماء الاقتصاديات الكبرى يمكن أن يكون مفيداً عندما يؤدي إلى توسع في استهلاك السلع التي تؤدي إلى تحسين الصحة مثل المياه النظيفة، والطعام الآمن والتعليم، فإنه يسهل أيضًا من الاستهلاك المتزايد من السلع التي قد تكون غير مفيدة، أو تسبب أخطار للصحة، والتي يطلق عليها اصطلاحاً بالأشياء السيئة، وتحرير التجارة يؤدي إلى الحد من سعر هذه السلع السيئة من خلال تقليل التعريفة الجمركية، وعدم وجود عوائق جمركية على الاستيراد وزيادة تسويق مثل هذه السلع التبغ والكحوليات والوجبات الجاهزة، وفي حالة الكحوليات والتبغ فإن تطور ونمو اتفاقيات التجارة الإقليمية قد ساعدت بطريقة مميزة على الحد من الحواجز والعوائق الخاصة بتجارة هذه المنتجات، وذلك عن طريق تحطيم الأسواق التي تتمتع بالحماية حتى الآن، والتي تساهم في تعزيز، وتدعيم الاستهلاك (Onzivu 2002; OECD 2003).

وفي ضوء ما يتعلق بمنتجات الطعام، فإن التفاعل المتزايد للاقتصاديات الكبرى سوف يؤثر في حلقة الإمدادات الكلية للطعام (مستويات تصدير واستيراد الطعام) والاستثمار الأجنبي المباشر في الصناعات الغذائية والتناغم، أو التوافق في التنظيمات التي تؤثر في الطعام)، والتي بالتالي تؤثر فيما هو متاح عن أي سعر، مع أي مستوى من الأمان، وكيف يتم تسويقه، على سبيل المثال، فيما يسمى اصطلاحاً «الانتقال الغذائي» (Nutrition Transi) فإن الناس في الدول النامية ينتقلون ما بين الحمية المرتفعة في الحبوب والنشويات المركبة، إلى السعرات المرتفعة، الحمية ذات التغذية الضعيفة والمليئة بالدهون أو الشحوم، والحلويات، والأغذية المصنوعة (Popkin، 1998)، والتحرير المتزايد للتجارة هو أحد دوافع الانتقال الغذائي لأن له تأثير زيادة إمكانية الإتاحة وتخفيض سعر الأغذية المرتبط بنمو الأمراض المزمنة المرتبطة بالحمية، وكذلك زيادة كمية الإعلان عن الأغذية ذات السعرات الحرارية العالية حول العالم. (Hawkes 2006). وأكثر من ذلك، فإن التجارة والنمو الاقتصادي يشجعان على استخدام التكنولوجيا بدلاً من الإنسان مثل صناعة السيارات ويؤدي ذلك إلى وجود أوقات فراغ أكثر، مما يمكن لكلاهما بالتالي تشجيع نمط الحياة الذي يستمر فيه الإنسان كثيراً.

# الاقتصاديات الكبرى وقطاع الصحة:

## الإنفاق على الرعاية الصحية:

إن أكثر العلاقات المرئية بين الاقتصاديات الكبرى والصحة على المستوى العام هو مستوى الإنفاق في الرعاية الصحية، وقد تعلمنا في الفصل الأول أن معظم الدول، غنية كانت أو فقيرة، تواجه مشكلة ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية وتواجه سؤالان أساسيان: هما كيف يتم تمويل هذه الأعباء المتزايدة؟ وكيفية احتواء الضغوط الخاصة بنمو وتزايد الإنفاق على الصحة.

ومعظم الدول تنفق أقل من 10 % من إجمالي الناتج المحلي، وهذا يُنْظر إليه على أنه ربما يكون الحد الأعلى الثابت بالطبع، وبالنسبة للدول ذات الدخل المنخفض، وبعض الدول ذات الدخل المتوسط تكون مستويات إجمالي الناتجٍ المحلي منخفض بشكل كبير، حتى أن هذا المستوى ينتج عنه رعاية صحية ضعيفة جداً، وهكذا يكون من المطلوب تقديم المساعدات لها، والدخل الحكومي، ومن ثم القدرة على تمويل، أو تقديم خدمات عامة، ينتج بشكل أساسي من الضرائب، وضريبة الدخل يتم تقسيمها بشكل واسع إلى الضرائب السهلة الجمع (مثل التعريفات الجمركية الخاصة بالاستيراد) وتلك التي تكون صعبة في التجميع (مثل ضرائب الاستهلاك والدخل) (Aizenman and Jinjrak 2009)، والعائدات من التعريفات الجمركية مصدر مهم للعائد العام في كثير من الدول النامية، يتراوح ما بين أقل من 1 % في عدد من الدول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (Organisation for Economic Cooperation and Development;OECD) إلى حوالي 8 % في كينيا، مع أمثلة أخرى في الكاميرون (28 %) وفي الهند (18 %) (De Cordoba et al. 2006).

وتحرير التجارة، بهذا التعريف، يحد من حصة الحكومة من الدخل القادم من المصادر السهلة التجميع، وبالرغم من أنه من الناحية النظرية يجب أن تكون الحكومة قادرة على تحويل القواعد الضريبية من تعريفات إلى ضرائب محلية، مثل ضرائب المبيعات، أو ضرائب الدخل، فإنه بالممارسة في الدول النامية وخاصة الدول ذات الدخل المنخفض، فإن ذلك يكون من الصعب بدرجة كبيرة بسبب الطبيعة غير الرسمية للاقتصاديات الخاصة بها مع وجود قطاعات حياة معيشية كبيرة، والدول ذات الدخل المنخفض عادة ما تستطيع تغطية حوالي 30 % فقط من العائد الضريبي الضائع مقارنة بالدول ذات الدخل المرتفع والتي تصل التغطية فيها إلى 100 % (Bounsgaard and Keen 2005)، مما يتسبب ذلك في هبوط الدخل القومي المتاح

للاستمرار في السياسات العامة، يكون الأمر كذلك بالنسبة للرعاية الصحية، والتعليم، والمياه، والإجراءات الصحية، أو شبكة الخدمات الاجتماعية.

## معدّلات التغيير أو التبادل (الإصحاح):

تعلّمت من قبل أن معّدل التغيير هو أحد المحددات الرئيسية للأسعار النسبية للسلع المستوردة وتلك المنتجة محلياً وكذلك الخدمات، وبالنسبة لكثير من الدول، فإن منتجات مثل الأدوية، وكذلك عناصر متنوعة من التقنيات مثل أجهزة أو معدات الحاسب الآلي، وأدوات الجراحة وحتى المصابيح الكهربائية التي تستخدم في تقديم الرعاية الصحية تكون مستوردة، والتغييرات التي تحدث في معدلات عمليات تبادل أو تداول العملة كنتيجة للتطورات التي تحدث في الاقتصاديات الكبرى، قد تطول أيضاً السعر، ومن ثم التكلفة سواء بالزيادة أو النقص، وبالعكس، فإن التغيير في الطلب بالنسبة للسلع المنتجة محلياً من المستوردين عبر البحار قد تشهد تغييرات في أسعار هذه السلع محلياً في المقابل (ازدياد الطلب الأجنبي قد يدفع بالسعر المحلي لأعلى)، والارتباط المتزايد بين الاقتصاديات على مستوى الاقتصاديات الكبرى من شأنه كذلك توليد مستويات أكبر من التأثيرات الخارجية (تلك التي تكون بعيدة عن متناول رقابة القطاع الصحيّ المحلي) بارتفاع الأسعار، ومن ثم زيادة تكلفة الرعاية الصحية، وفي النشاط 2-1 يتضح كيف أن معدلات التغييرات والتضخم يمكن أن يؤثر في ميزانية الأدوية.

## نشاط 2-1 أين تذهب ميزانية دواءك؟

أنت مسؤول عن تدبير الأدوية في بلدك، وزارة الصحة تقوم بدور رئيسي في تحسين الإمدادات الدوائية، وقد ضاعفت ميزانية الدواء تقريباً خلال الخمسة أعوام الماضية، ومع ذلك، فإن الجهود الإضافية لم يكن لها أي تأثير، فما الذي يحدث بطريق الخطأ، وهناك جزئين متعلقين بهذا السؤال.

### الجزء الأول: التحويل لعملة أجنبية:

الصف الأول في (الجدول 2–2) يوضح ميزانية الدواء بعملة الكواتشا (KW)، العملة المحلية الخاصة بك، وطالما كانت هناك ضرورة لاستيراد الدواء، فأنت تحتاج إلى تحويل عملة الكواتشا إلى دولارات أمريكية باستخدام معدّلات التغيير أو التداول الموجودة في الصف الثاني من الجدول:

1. احسب المجموع الكليّ في ميزانية الدواء عند تحويله إلى دولارات في حساب الأعوام 2005–2002، واكتب اجابتك لكل عام في المساحات الفارغة في الصف الثالث من الجدول.
2. ماذا حدث للقوة الشرائية لعملة الكواتشا بالنسبة للدولار الأمريكي؟

على سبيل المثال، في عام 2000، كانت عملة الكواتشا توازي 1.23 دولار، وعلى ذلك فإن 3.265.793 كواتشا تعادل 3.265.793 × 1.23 = 4.016.925 دولار.

**(الجدول 2-2): ميزانية الدواء القومية.**

| *السنة* | *2000* | *2001* | *2002* | *2003* | *2004* | *2005* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ميزانية الدواء (بالكواتشا) | 3.265.793 | 4.021.997 | 3.355.807 | 3.453.768 | 5.731.221 | 7.500.000 |
| 2. معدل التغيير أو التداول (الكواتشا = دولار) | 1.0 | 1.12 | 0.91 | 0.83 | 0.67 | 0.59 |
| 3. الإجمالي بالدولار الأمريكي | 4.016.925 | 4.504.637 | | | | |

## التغذية الراجعة:

1. انظر النتائج الموجودة في (الجدول 2-3).
2. لاحظ اتجاه القيمة في عملة الكواتشا (KW) في مقابل الدولار، فبينما أصبحت ميزانية الدواء أكثر من الضعف بحساب هذه العملة، تجد أنه بالنسبة للدولار فقد زادت زيادة بسيطة (الصف 3 في الجدول 2-3)، وهذا بسبب أن الكواتشا أصبحت تجني عدد أقل من الدولارات في كل سنة، فقد انخفضت قيمة عملة *الكواتشا* مقابل الدولار الأمريكي، مما يعني أن قيمتها قد *انخفضت* بالنسبة للدولار.

**(الجدول 2-3): تأثير انخفاض معدل تغيير أو تداول العملة على ميزانية الدواء القومية.**

| السنة | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ميزانية الدواء (بالكواتشا) | 3.265.793 | 4.021.997 | 3.355.807 | 3.453.768 | 5.731.221 | 7.500.000 |
| 2. معدل التغيير أو التداول (1كواتشا = دولار) | 1.23 | 1.12 | 0.91 | 0.83 | 0.67 | 0.95 |
| 3. القيمة الكلية بالدولار | 4.016.925 | 4.504.637 | **3.053.784** | **2.866.627** | **3.839.918** | **4.425.000** |

## الجزء الثاني ضبط الزيادة في الأسعار:

إن معظم السلع التي تستوردها تأتي من بلد جار لكم، ويتم الدفع بالدولار الأمريكي، ومع ذلك فإنه كل سنة ترتفع الأسعار في هذه البلد المجاورة، حتى أن الدولار الأمريكي الواحد عام 2000 يشتري أقل من نظيره في عام 2005، وأنت تريد حساب القوة الشرائية الفعلية لميزانية الدواء لديكم، واضعاً في الحسبان زيادة الأسعار في هذا البلد المجاور لكم، ويعطي لك أحد الاقتصاديين فكرة عن مستوى الأسعار في هذا البلد على شكل مؤشر للسعر (الصف 4 في الجدول 2–4)، على سبيل المثال، بين 2001–2000 ارتفعت الأسعار 12.4 % في هذا البلد، وهكذا تغير مؤشر السعر من 100 نقطة إلى 112.4.

أنت تريد أن تحسب القوة الشرائية الفعلية لميزانية الدواء لديكم، وتضع في الحسبان زيادة الأسعار في هذا البلد المجاور، وقال لك الرجل الاقتصادي أنه يمكنك حساب القوة الشرائية الحقيقية بإتباع الخطوات التالية:

1. احسب معامل الانكماش ـ الكمية التي تناقصت من سعر الشراء بسبب ارتفاع الأسعار.
2. احسب القوة الشرائية الحقيقية للميزانية الخاصة بكم.
3. راقب ماذا حدث لميزانية الدواء عندما وضعت في الحسبان التغييرات العامة في الأسعار؟

(الجدول 2-4): الميزانية القومية للدواء، والتضخم.

| السنة | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ميزانية الدواء (بالكواتشا) | 3.265.793 | 4.021.997 | 3.355.807 | 3.453.768 | 5.731.221 | 7.500.000 |
| 2. معدل التغيير– 1كواتشا = دولار | 1.23 | 1.12 | 0.91 | 0.83 | 0.67 | 0.59 |
| 3. الإجمالي بالدولار | 4.016.925 | 4.504.637 | **3.053.784** | **2.866.627** | **3.839.918** | **4.425.000** |
| 4. مؤشر الأسعار في الدولة التي يستورد الدواء منها (100=2000) | 100 | 112.4 | 126.3 | 142 | 159.6 | 179.4 |
| 5. معامل الانكماش Deflator (100/ مؤشر الأسعار) | 1 | 0.89 | | | | |
| 6. الإجمالي بالدولار الأمريكي (بالسعر الثابت) | 4.016.925 | 4.009.127 | | | | |

## التغذية الراجعة:

1. لمقارنة الفرق في القوة الشرائية بين عامي 2000، 2001 أنت تحتاج إلى تقسيم مؤشر الأسعار لسنة 2000 مؤشر الأسعار الخاص بعام 2001، وبما أن مؤشر أسعار 2000 هو 100، فإن معامل الانكماش يساوي 100 مقسومة على سجل أسعار 2001 (100/112.4=0.89 (الصف رقم 5)، وهكذا فإن الدولار الواحد في 2001 يساوي فقط 0.89 دولار، ولا يستطيع شراء ما كان الدولار الواحد يشتريه في عام 2000.

2. احسب القيمة الشرائية الحقيقية لميزانية الدواء المحسوبة بالدولار عن طريق مضاعفة (ضرب) كميات الدولار (الموجودة في الصف رقم 3 من الجدول) في معامل الانكماش، وهكذا تجد أنه بالنسبة للمثال الخاص لعام 2001 تكون القيمة الشرائية الحقيقية 4.504.637×0.89= 4009.127 الموضحة في الصف رقم 6،

وأكمل الصف رقم 6 بوضع القيمة التي تحسبها بهذه الطريقة في المكان الفارغ بكل خلية من خلايا الجدول، ويمكنك أن تراجعها في مقابل (الجدول رقم 2-5).

3. طالما وضعت في الاعتبار الزيادة (التضخم) فإن قيمة ميزانية الدواء لديك في عام 2005 تكون فقط 60 % من قيمة ميزانية عام 2000، وهكذا، فإنه بالرغم من حقيقة أن الحكومة قد ضاعفت ميزانية الأدوية بعملة الكواتشا (Kwacha)، فإن هذه الميزانية قد تآكلت بفعل التضخم، وانخفاض قيمة العملة الشرائية.

## تجارة السلع والخدمات المرتبطة بالصحة:

أخيراً أصبح قطاع الصحة هو المسؤول بشكل كبير عن التجارة المباشرة للسلع والخدمات الصحية حيث نجد أن الإنفاق على قطاعٍ الأدوية تمثل حصة بارزة في الإنفاق الصحي في كل بلاد العالم، وهي يمثل أيضاً أهم المنتجات المرتبطة بالصحة والتي تمثل قيمتها ما يقرب من 55 % من إجمالي التجارة الصحية من حيث القيمة (المشاركة التي تأتي في المرتبة الثانية من حيث الأهمية في تجارة السلع ذات العلاقة بالصحة هي الأجهزة الصغيرة، والمعدات والتي تمثل 19 % من إجمالي الإنفاق الصحي)، ويركز السوق بشكل مرتفع على شمال أميركا، وأوروبا، واليابان، والذي يحسب له حوالي 75 % من المبيعات (بالقيمة) (Smith et al 2009).

وبصفة عامة، فإن الدول ذات الدخل المرتفع تنتج، وتورد، أو تصدّر قيمة كبيرة من الصناعات الدوائية، أما الدول ذات الدخل المتوسط، أو ذات الدخل المنخفض فهي تستورد هذه المنتجات بالرغم من أن هناك من ينتج، ويصدّر مستويات منخفضة من هذه المنتجات، وهذا يؤدي بكثيرٍ من الدول النامية إلى وجود عجز تجاري في المنتجات الطبية الحديثة، والتي غالباً ما تؤدي إلى وجود عجز عام في القطاع الصحي لهذه الدول، ومع ذلك فإن ما يثير الاهتمام حتى بين الدول ذات الدخل المرتفع، وجود عجز ملموس في تجارة الدواء وذلك بسبب المستوياتٍ المرتفعة من استهلاك الأدوية، والتجارة في الخدمات الصحية، فقد توسعت أيضاً بشكل كبير في العقد الماضي بسبب الدفعة التي قدمتها منظمة التجارة العالمية للتجارة في الخدمات وبشكل أكبر من خلال الاتفاقية العامة للتعريفات الجمركية والتجارة والتي تسمى (General Agreement on Traffic and Trade ; GATTS).

وأصبحت العولمة لها جانب من الإمكان بفضل التحسينات الطارئة عليٍ تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (Yach 1998)، وقد ساهمت هذه التحسينات أيضاً في التحكم عن بعد في نطاق الخدمة الصحية من بلد لآخر، والتي تعرف وهي ممارسة الرعاية

الصحية المدعمة بالعمليات الإلكترونية (E.Health) على سبيل المثال التشخيص/ الأشعة/الفحوص المخبرية والاتصال واختبارات المعامل، والجراحات التي تجرى عن بعد، وكذلك الاستشارات.

وهناك نوع آخر من التجارة في الخدمات الصحية نشأ عن طريق استهلاك الخدمات الصحية في الخدمات، وهو يعرف أيضا باسم «السياحة الصحية» وهو يتعلق بالأفراد الذين يختارون السفر إلى الخارج للحصول على علاج طبي، وهذا يجذب تقريباً 4 مليون مريض كل عام، مما يجلب من 40–60 بليون دولار (داتا وكريشنان،2003).

**(الجدول 2-5): تأثير انخفاض قيمة العملة والتضخم على الميزانية القومية للدواء.**

| *السنة* | *2000* | *2001* | *2002* | *2003* | *2004* | *2005* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ميزانية الدواء (بالكواتشا) | 3.265.793 | 4.021.997 | 3.355.807 | 3.453.768 | 5.731.221 | 7.500.000 |
| 2. معدل التغيير– 1كواتشا = دولار | 1.23 | 1.12 | 0.91 | 0.83 | 0.67 | 0.59 |
| 3. الإجمالي بالدولار | 4.016.925 | 4.504.637 | **3.053.784** | **2.866.627** | **3.839.918** | **4.425.000** |
| 4. مؤشر الأسعار في الدولة التي يستورد فيها الدواء (2000=100) | 100 | 112.4 | 126.3 | 142 | 159.6 | 179.4 |
| 5. معامل الانكماش (100/ مؤشر أسعار) | 1 | 0.89 | **0.792** | **0.704** | **0.627** | **0.557** |
| 6. الإجمالي بالدولار الأمريكي (بالسعر الثابت) | 4.016.925 | 4.009.127 | **2.418.597** | **2.018.105** | **2.407.629** | **2.464.725** |

## الصحة والسياحة الطبية: حالة الأردن

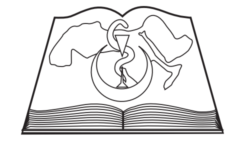
إن سبب الجودة المرتفعة للخدمات الصحية المقدمة، بدأ المرضى العرب في زيارة الأردن طلباً للعلاج الطبي منذ بداية السبعينيات 1970، وفي التسعينيات 1990 بدأت الأردن في الاهتمام برفع مستوى الخدمات الصحية من أجل التصدير، وفي عام 1998 أنشأت وزارة الصحة مكتباً في مطار الملكة عالية لتسهيل دخول المرضى الأجانب، وبينما كانت الأردن تستثمر في رفع مستوى وتحديث مستشفياتها العامة وكليات الطب الموجودة بها ومدارسها، فإن مستشفيات القطاع الخاص هي التي سيطرت على السوق الخاص بالسياحة العلاجية، أو السياحة الطبية، ويتبع أو يُحسب للقطاع الخاص 54 % من المستشفيات الموجودة بالبلاد ونسبة 46 % من عدد الأسرّة المتاحة، وهذه المستشفيات الخاصة تتابع التقدم العالمي، وعلى اتصال بالمستشفيات والمراكز الطبية المعروفة في أوروبا وأمريكا الشمالية.

وقُدر الدخل الناتج عن السياحة الطبية في الأردن بأنه تعدى البليون دولاراً أمريكياً في عام 2003، والغالبية العظمى كانوا من السائحين لأغراض العلاج في الأردن يأتون من العالم العربي، وخاصة من اليمن، والسودان، والبحرين وسوريا، وليبيا، وفلسطين، والمملكة العربية السعودية، ودول أخرى، ومعظم المرضى يأتون للعلاج من أمراض القلب، والأعصاب، والعظام، وأمراض أخرى داخلية.

وكلما زاد التحرر وأصبحت الهجرة أسهل، فإن حركة الناس عبر الحدود تزداد أيضاً، ولذلك فإن الكثير من المهنيين المحترفين في الصحة يختارون السفر من بلادهم إلى البلاد الغنية والأكثر تطوراً، وهذه هي الحال بالنسبة للأطباء، والتمريض، والصيادلة ومساعدي الأطباء، وأطباء الأسنان، والمختصين في المعامل الفنية، هذا ويقدّر في انجلترا أن العدد الإجمالي للأطباء الأجانب قد زاد من 20.923 في عام 1970 إلى 69.813 في عام 2003 (Connele et al. 2007)، وقد لا تبدو هذه الأرقام ذات دلالة، ولكنها غالباً تمثل مشاركة كبيرة للأطباء من أصحاب هذه البلاد، ففي غانا على سبيل المثال، عدد الأطباء الذين يغادرون يصل إلى 30 % من عدد الأطباء الموجودين (Connele et al. 2007).

## الملخص:

تتزايد أهمية الاقتصاديات الكبرى بالنسبة لكل من الصحة والرعاية الصحية، وخاصة أن الاقتصاديات تصبح أكثر تكاملاً من خلال التجارة العالمية والأنظمة المالية، وفي هذا الفصل تم شرح المفاهيم الأساسية من خلال الاقتصاديات الكبرى وتطبيق هذه المصطلحات فيما يتعلق بالصحة والرعاية الصحية، والصحة ضرورية ليس فقط لنمو وتطور الإنسان، ولكن أيضاً للنمو والتطور الاقتصادي بالمثل، ولقد رأيت أن المؤثرات الخارجية والخاصة بالاقتصاديات الكبيرة في الصحة وكيف يمكن أن تكون هذه التأثيرات عميقة وعكسية، والارتباطات المتنامية بين الدول تعني أن القطاعات الصحية أكثر قابلية وتعرضا للصدمات بسبب تلك الأحداث التي تقع هنا وهناك في جميع أنحاء العالم.



# الباب الثاني

## العرض والطلب

## Demand and supply

# الفصل الثالث

## نموذج مبسط من الطلب

## A simple model of demand

### نظرة عامة:

في هذا الفصل وفي الثلاثة فصول التالية، سوف نعرض عليك موضوع العرض والطلب، وكيف يؤثران في السعر، وكمية السلع المقدمة من خلال الأسواق، وبوجه خاص فإنك سوف تفكر في الكيفية التي يؤثران بها على النشاط والسعر في الرعاية الصحية، وسوف يبدأ هذا الفصل بالنظر إلى النموذج البسيط للطلب مع تحديد المتغيرات الأساسية التي تحدد الطلب، ثم بعد ذلك في الفصل نفسه، سوف تنتقل إلى تحليل لماذا يكون الطلب بالنسبة للرعاية الصحية أكثر تعقيداً، وما الذي يميزه عن الطلب في المنتجات الأخرى، وسوف ترى كيف يمكن للمعلومات الخاصة بالطلب أن يتم استخدامها كمساعد في التخطيط في القطاع الصحي.

### الأهداف التعليمية:

بعد العمل في هذا الفصل، سوف تكون قادراً على الآتي:

- تعريف مصطلح الطلب.
- التوضيح بالرسم عن العلاقة بين الطلب والسعر من خلال منحنى الطلب.
- عمل قائمة بالعوامل التي تؤثر في الطلب في الرعاية الصحية.
- تعريف فائض المستهلك وتفسير لماذا يمكن استخدامه كمقياس للفائدة؟
- وصف كيفية استخدام نظرية الطلب في تخطيط القطاع الصحي.

## المصطلحات الأساسية:

**السلعة المكملة:** هي السلعة التي غالباً ما نحتاج إليها عند استهلاك سلعة أخرى، فعلى سبيل المثال، يمكن النظر إلى السكر على أنه سلعة مكملة للشاي.

**فائض الاستهلاك:** الفرق بين ما يدفعه المستهلك بالفعل لشراء سلعة معينة، وبين أقصى سعر يرغب أن يدفعه في هذه السلعة، بمعنى أنها تمثل فائدة للمستهلك، وبالتحديد إذا كان المستهلك منطقياً، فسوف يشتري فقط السلعة التي يشعر بأنها تساوي أكثر مما يجب عليه أن يدفعه في شراءها.

**الطلب:** يعكس اختيارات المستهلكين في استهلاك سلع معينة، وفي معظم الأحيان إن السعر إذا تحرك لأعلى، مع تساوي المتغيِّرات الأخرى، فإن الكميات المطلوبة من سلعة معينة سوف تتجه إلى الانخفاض.

**منحنى الطلب:** هو رسم بياني يوضح العلاقة بين الكميات المطلوبة من سلعة معينة، وسعر هذه السلعة عندما لا يحدث تغيير في كل المتغيِّرات الأخرى.

**السلعة الرديئة:** السلع التي يقل عليها الطلب مع تزايد الدخل.

**قانون تناقص، أو تضاؤل المنفعة الحدية:** هناك فرض ينص على أنه كلما كانت هناك زيادة في استهلاك سلعة معينة (أقصى فائدة تم الحصول عليها) فإن المنفعة الحدّية تتناقص.

**طلب السوق:** مجموع كل الطلبات الفردية لسلعة معينة في السوق.

**السلع العادية:** السلع التي يزداد عليها الطلب كلما ارتفع الدخل.

**السلع البديلة:** السلع التي يمكن استخدامها مكان سلع أخرى (القهوة والشاي يمكن النظر إليها على أنها من السلع البديلة).

**المنفعة:** الرضا الذي يحصل عليه شخص من استهلاك سلعة معينة.

## مفهوم الطلب:

يُستخدم مفهوم الطلب في وصف العلاقة بين كمية السلع التي يرغب فيها المستهلكون، وقادرون على دفع ثمنها مع التغيير الذي يحدث فيه، ويوجد سببان

واضحان عن سبب تحليل الطلب، الأول: أن ذلك يمكن أن يستخدم في المساعدة على التنبؤ بما قد يحدث من ردود أفعال، وكذلك بالنسبة لسلوك المستهلك، فعلى سبيل المثال، إذا تم فرض رسم بالنسبة لدواء، أو اختبار، فماذا سيكون تأثير ذلك على عدد الأفراد الذين يستخدمون ذلك الدواء، أو الاختبار؟ والثاني: معرفة شيء ما عن طلب الناس بالنسبة للرعاية الصحية قد يقول شيئاً عن مدى تقديرهم لسلعة معينة، وهذا يمكنٍ بالتالي أن يشير إلى قرارات سياسية مثل كم من السلع التي يجب تدعيمها مالياً؟ وهنا سوف نبدأ باختبار نموذج بسيط للطلب وتحديد المتغيّرات التي تؤثر في الطلب على السلعة.

## الاحتياجات والطلب:

نحن كمستهلكين لنا جميعاً احتياجات مختلفة من السلع والتي نكتسب من خلالها بعض الإحساس بالرضا، وكما هو موضح في الفصل الأول، بافتراضٍ وجود الدخل المحدود، فنحن لا نستطيع استهلاك كل ما نريد من سلع، ونتيجةً لذلك يجب أن تكون لدينا اختيارات.

ولاحظ أنه من أجل إيجاد الطلب فليس من الضروري أن يكون هناك شراء فعلي لشيء ما، فعلى سبيل المثال، رغبتي في أن أدفع لشراء علبة باراسيتامول خمسة جنيهات وفي حالة بيعه حالياً بسبعة جنيهات، فإنه بالرغم من أن لدي طلب عليه، فلن يحدث نوع من التفاعل المتبادل عن طريقة شرائه، وإذا كان الباراسيتامول متوفراً مع ذلك بسعر (5) جنيهات (أو أقل) فعندئذ سوف يتم التفاعل المتبادل، وعلى ذلك فإن *الكمية المطلوبة* هي ذلك الكم الذي يريده وقادر على دفعه وهذا ليس بالضرورة المبلغ نفسه الذي يشترون به.

## محددات الطلب:

الكمية المطلوبة يتم التعبير عنها اصطلاحياً باستخدام المعادلة التالية:

الطلب = F (P, Y, Pc, Ps, T) حيث:

F= التدوين (التنويط) الرياضي المعياري وتعني: وظيفة لكذا.

P= سعر السلعة.

Y= الدخل.

Pc= سعر السلع المكملة.

Ps= سعر السلع البديلة

T= التذوق أو التفضيل.

وكل رمز من هذه الرموز سوف يتم شرحه الآن:

إن كمية سلعة معينة التي يريد أهل المنزل شرائها، هي وظيفة *للسعر* (P) الخاص بهذه السلعة، فإذا كان سعر الباراسيتامول جنيهاً واحداً، فقد تستعد لشراء كمية في السنة الواحدة أكبر مما إذا كان السعر 10 جنيهات للعلبة، وبالنسبة لمعظم السلع، كلما ارتفع السعر كلما قل طلب الناس على شرائها، وكلما هبط السعر كلما ازداد الطلب على شراء كميات منها.

إن الكمية المطلوبة ترتبط أيضاً بحجم *دخل* المستهلكين (Y)، فكلما زاد دخلك، كلما زاد الطلب على السلع تحت أي سعر، وبعد ذلك، فإنه إذا هبط الدخل، فإنك سوف تستخدم قدراً أقل من الباراسيتامول في سنة واحدة.

إن الطلب على سلعة معينة يتأثر أيضاً *بالأسعار النسبية* للسلع الأخرى (Ps, Pc)، فعلى سبيل المثال، إذا ظلَّ سعر الباراسيتامول ثابتاً عند 5 جنيهات للعلبة الواحدة، ولكن سعر السلعة البديلة مثل الأسبرين قد هبط، فربما أنت الآن تشتري باراسيتامول بكمية أقل في السنة الواحدة كما كان يحدث من قبل، لأنه أصبح الآن أقل جاذبية.

ومن المهم عمل تمييز بين السلع *المكملة والبديلة*، فالسلع المكملة هي تلك التي تم شراؤها في اقتران مع الإنتاج الخاص أو الموجود لديك (مثل سرنجات وإبر الحقن)، أما السلع البديلة هي تلك السلع التي تستطيع استخدامها بدلاً من السلعة التي لديك (إذا كنت تشتري الباراسيتامول من أجل علاج الصداع فإن البديل يمكن أن يكون الأسبرين)، وإذا ارتفعت أسعار السلع المكملة فعندئذ قد يهبط الطلب على سلعتك وإذا زاد سعر السلع البديلة، فإن الطلب على سلعتك قد يزيد.

والسعر الذي تتطلع به إلى شراء الباراسيتامول هو أيضاً وظيفة للتذوق أو التفضيل لديك، فإذا حدث تغيير في التذوق (عندما تحدث لك حساسية من استخدام الباراسيتامول) عندئذ سوف يتغير الطلب لديك بالنسبة لهذا الدواء بالذات، وسوف تكون جاهزاً لشراء أقل (أو لاشيء) من الباراسيتامول لاحظ أن طلبك على الباراسيتامول ليس فقط وظيفة تذوقك لهذا الدواء المعين، بل أيضاً تذوقك لسلع أخرى.

ومحددات الطلب يمكن أن تكون معقدة، كما هو موجود في المقتبس العلمي التالي بواسطة وايزمان وآخرين (Wiseman et al. 2007) والذي يوضح الآتي:



التدابير الاحتياطية لشبكة المبيدات الحشرية المعالجة في مناطق الملاريا، مقبولة بشكل واسع كنوع من الخدمة الصحية العامة الضرورية، وأحد الأسباب الرئيسية لذلك، أنه عند استخدامها بالطريقة الصحيحة، فإن تأثيرها يؤدي إلى وجود حماية كاملة من لدغات البعوض، تنتشر بشكل واسع الكفاءة وفاعلية التكلفة الخاصة بهذه الشبكة في التراث الأدبي للعلم، فإن القليل هو الذي تمت معرفته عن مدى وقوة التفاعل بين العوامل المختلفة التي تؤثر في الطلب على المستوى المنزلي، وهذه الدراسة تضع نموذجاً للشبكات أو الستائر (الناموسيات) التي توضع على السرائر أو الأسِرّة في إقليم فارافيني في جامبيا.

لقد أوضحت النتائج أن حجم سكان المنازل، والإنفاق على المنتجات الخاصة يمنع الملاريا وكذلك الإجراءات، والسن، والتعليم، والأصول العرقية، ووظيفة، وسكان (رب الأسرة) المنزل، وعمًّا إذا كان الطريق إلى الجماعات متعذر، أو يصعب اجتيازه في أوقات معينة من السنة، كل ذلك محددات ذات دلالة لامتلاك الشبكات التي توضع على الأسرّة، (الناموسيات) على الأرجح فقد ينقص الطلب على هذه الشبكات مع ارتفاع عدد أفراد الأسرة، أو المنزل من سن 20 إلى 29 وتزايد الأعداد التي يتراوح أفرادها من 5-9 سنوات، وكلما زاد إنفاق المنزل على أشكال أخرى من وسائل الوقاية من الملاريا، مثل استخدام الأسلاك الشبكية وطارد البعوض، وبذلك يقل احتمال امتلاكهم لشبكة (ناموسيات) توضع على السرير، وكلما كان رب الأسرة أكبر سناً، وكلما زاد تعليمه أو تعليمها، كلما زاد احتمال استخدام شبكات السرير، والبيوت التي يكون فيها العائل رجل أعمال تكون أقرب أيضاً إلى امتلاك هذه الشبكة، وكلما زاد عدد أفراد المنزل من ذوي القرابة المباشرة لصاحب المنزل، تزايدت كذلك فرص امتلاك شبكات السرير (عند مستوى 10 %)، وتميل قبائل «الولوف» (Wollof) والفولا (Fula) أن تكون الأقل في امتلاك شبكات الأسرة مقارنة بالمنازل المملوكة للماندينكا المزارعين، وفي الفترة الأخيرة، فإن المنازل الموجودة في المجتمعات التي تسكن خارج الطرق الرئيسية في أوقات مختلفة من السنة بسبب الفيضانات ولأسباب أخرى، أقل في امتلاك هذه الشبكات.

* الولف (Wollof)، والفولا (Fula)، والماندينكا (Mandinka) هي جماعات قبلية مختلفة تعيش في إقليم فارافييني (Farafenni) في جامبيا.

## منحنى الطلب:

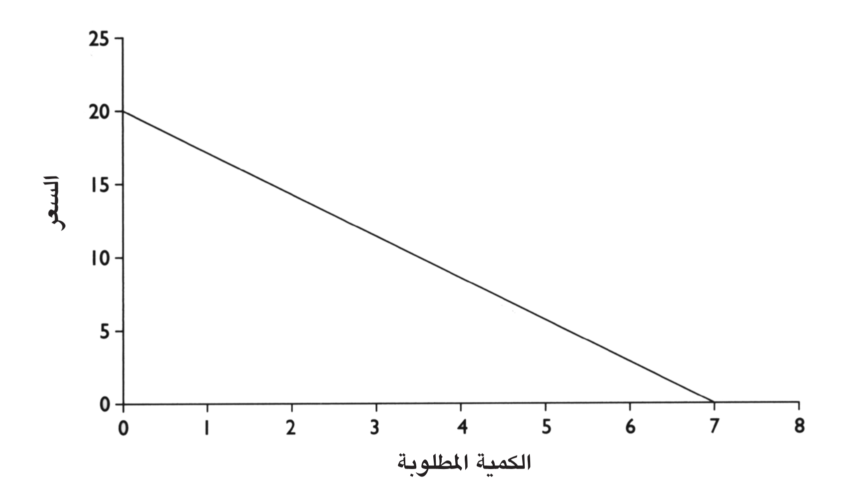
دعنا نبدأ بالنظر إلى العلاقة بين السعر والكمية المطلوبة، ومن هناك سوف نشتق منحنى الطلب، وكمستهلك محتمل للباراسيتامول، فإنه إذا كان سعر العلبة محدداً بعشرين جنيهاً، فإنني قد لا اشتري ولو علبة واحدة طوال العام، أما إذا كان السعر 15 جنيها، فقد اشتري علبة واحدة طوال العام وهكذا حتى يصل السعر إلى 5 جنيهات فقد استعد لشراء 5 علب في العام، وحتى إذا كانت علبة الباراسيتامول تُباع مجاناً، فإنني قد لا أستعمل سوى 7 علب في العام الواحد. (الجدول 3-1) يوضح هذه العلاقة.

**(الجدول 3-1): العلاقة بين السعر وبين الكمية المطلوبة.**

| *سعر الباراسيتامول (بالعلبة)* | *الكمية المطلوبة في عام واحد* |
|---|---|
| 20 جنيه استرليني | صفر |
| 15 جنيه استرليني | 1 |
| 10 جنيه استرليني | 3 |
| 5 جنيه استرليني | 5 |
| صفر (جنيه استرليني) | 7 |

من خلال المعلومات السابقة يمكننا اشتاق منحنى للطلب (ويسمى أيضاً جدول الطلب) كما هو مقدم في (الشكل 3-1)، ومنحنى الطلب عبارة عن تمثيل بياني للعلاقة بين السعر، والكمية المطلوبة، مع ثبات كل المتغيِّرات الأخرى، ويُذكر أن «قانون الطلب» ينص على أن سعر السلعة عندما يزيد فإن الطلب عليها ينخفض، مع بقاء كل المتغيرات الأخرى في حالة ثبات، وكل نقطة على هذا المنحنى ترتبط بالكميات المطلوبة عند أسعار مختلفة، ومنحنى الطلب عادة ما يتجه لأسفل، وذلك بسبب أن السلع *الطبيعية*، والمستهلكين يميلون إلى شراء كميات أكبر كلما اتجهت الأسعار إلى الانخفاض، وبالرغم من أنه يشار إليه على أنه منحنى إلا أنه يمثل خطاً مستقيماً لأغراض إيضاحية، وشكله الفعلي بالطبع هو سؤال تجريبي واقعي.

ومن خلال هذا المنحنى للطلب، نستطيع أن نحسب كم عدد علب الباراسيتامول التي ستكون مطلوبة عند مستوى سعر معين، أو بدلاً من ذلك، ما هو السعر الذي عنده يتأكد طلب كمية معينة.




**(الشكل 3-1) منحنى الطلب لدواء الباراسيتامول.**

## انحدار منحنى الطلب:

لقد تحدثنا أعلاه عن أن منحنى الطلب عادة ما ينحدر نحو الأسفل –ولكن لماذا؟ إن هناك مؤثران مهمان يساعدان على فهم أسباب انحدار منحنى الطلب إلى أسفل– الكلمات من اليسار إلى اليمين (لماذا تنخفض الكمية المطلوبة عند ارتفاع السعر)، فعلى سبيل المثال إذا ارتفع سعر القهوة، ينخفض استهلاكها، ويزداد استهلاك مشروبات أخرى مثل الكاكاو، أو الشاي، ولا يوجد هناك سبباً للاعتقاد بأن الرضا الذي يحصل عليه المستهلكون من تناول كوب من القهوة أو من الشاي، قد تغيَّر، ومع ذلك، فإن التحول في الطلب يحدث بسبب أن الرضا الذي يحصل عليه في مقابل *الجنيه الواحد* الذي ننفقه على القهوة ينخفض في مقابل الجنيه الذي تم *إنفاقه* على الشاي، والاقتصاديون يسمون ذلك بمصطلح *(أثر الإحلال)* أنه محاولة من جانبٍ المستهلكين لضبط عملية الاستهلاك في ضوء التغيير في الأسعار، وهذا يفسر جزئياً لماذا ينحدر منحنى الطلب إلى أسفل.

أما التأثير الثاني المهم هو «*تأثير الدخل*»، فأهم محددين للكمية الكلية للسلع التي تستهلكها، هي دخلك، والأسعار، فعندما يرتفع سعر سلعة معينة (مثل البترول)، إذا داومت على شراء الكمية نفسها التي كنت تشتريها من قبل، فسوف يكون لديك دخل متاح أقل لشراء سلع أخرى، وهكذا فإن الارتفاع في سعر البترول يساوي، أو يماثل الهبوط، أو الانخفاض في الدخل، وتأثير الدخل هذا يعني أنك سوف تشتري

سلعاً أقل عندما ترتفع أسعارها وذلك حتى يكون هناك دخلاً كافياً متاحاً لشراء سلع أخرى.

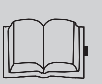
وجنباً إلى جنب، فإن «تأثير الدخل» (الميزانية المحدودة تعني أنك تستطيع أن تشتري فقط كميات أقل من السلعة) والتأثير البديل (أن تعمل مقايضة مع سلع بديلة أقل سعراً) يعطي منحنى الطلب انحداراً إلى الأسفل.

## طلب السوق:

حتى هذه النقطة كنا نركز على المستهلك الفرد، وقد تتعجب ما هي المقتضيات الخاصة بقياس الطلب عندما يكون هناك أكثر من مستهلك، إن هذا يُعْرف «*بطلب السوق*»، وهو ببساطة حاصل جمع الكميات المطلوبة بواسطة كل مشترٍ أو منزل. عند أسعار مختلفة، فعلى سبيل المثال، نفترض أن هناك اثنان من المستهلكَين فقط، عندئذ فإن طلب السوق يستمد من طلب الأفراد كما هو موضح في (الشكل 3-2).

**(الجدول 3-2): طلب السوق من الباراسيتامول.**

| *سعر الباراسيتامول* | *الكمية المطلوبة بواسطة المستهلك أ في السنة* | *الكمية المطلوبة بواسطة المستهلك ب في السنة* | *الكمية المطلوبة بواسطة كل من أ، ب في السنة* |
|---|---|---|---|
| 20 جنيه استرليني | صفر | 2 | 2 |
| 15 جنيه استرليني | 1 | 5 | 6 |
| 10 جنيه استرليني | 3 | 6 | 9 |
| 5 جنيه استرليني | 5 | 8 | 13 |
| صفر (جنيه استرليني) | 7 | 9 | 16 |



وحتى هذا القدر فإننا قد عرضنا الأشياء بشكل مبسط، مستخدمين أمثلة مثل دواء الباراسيتامول، ومع ذلك، فسوف نرى في المثالين القادمين أن هناك الكثير من الأمثلة ذات الصلة بتمويل الرعاية الصحية والتي تحتوي على تحليل الطلب.

### تجربة (RAND) في الولايات المتحدة (Manning et *al*. 1987)

كانت تجربة التأمين الصحي (راند) (RAND) في الولايات المتحدة علامة رئيسية في اقتصاديات الصحة، وهذه التجربة استخدمت عينات عشوائية من الأفراد الذين تم توزيعهم على خطط أو مشروعات تأمين صحي مختلفة، كل منها تفرض تكلفة مختلفة بالدولار على استخدام الخدمات الطبية، وقد تضمنت تغطية الإنفاق معظم الخدمات الطبية، وأوضحت النتائج أن المنفعة تتجه للاستجابة للمبالغ المدفوعة من خارج الجيب الخاص، وقد تسببت الخطط ذات التكاليف المرتفعة في وجود عدد أقل من الزيارات وجهاً لوجه، مما يقترح وجود علاقة سلبية بين السعر وكم الخدمات الطبية المطلوبة في السنة، وهذا يقترح أن استخدام الخدمات الصحية يكون حساساً بالنسبة للأسعار التي تتنبأ بها نظرية الطلب.

### إلغاء رسوم مستعملي الخدمات في زامبيا (Masiye et *al*. 2010).

المدخل لسياسات المشاركة في التكاليف، مع تركيز محدد على مدفوعات رسوم علاج مستعمل الخدمة، أصبح ملمحاً رئيسياً في إصلاح التمويل المالي في الصحة في بلاد كثيرة في أفريقيا، وبلاد أخرى ذات دخول متوسطة وضعيفة وذلك في فترة الثمانينيات والتسعينيات، وسرعان ما ألقت البحوث أضواءها على ذلك التأثير الدرامي السلبي للرسوم، أو نفقات العلاج على المنفعة من الخدمة، ففي 13 يناير 2006، أعلن رئيس زامبيا قانوناً بإلغاء رسوم استخدام الرعاية الصحية الأولية، والتسهيلات الخاصة بها، وذلك في أقاليم محددة بالريف، وكان هذا نقلة رئيسية في سياسة الإعفاء الذي يهدف إلى رعاية صحية أولية مجانية عبر البلاد، وقد تمت في هذه الدراسة مراجعة أداء الرعاية الصحية الأولية في زامبيا، بعد مرور 15 شهر من تنفيذ هذا القانون، وباستخدام قائمة من البيانات الخاصة بالتسهيلات القومية، وجد أن المنفعة قد تزايدت لدى سكان الريف في الأعمار عند 5 سنوات على الأقل بنسبة 55 %، وبشكل مهم، فإن تزايد المنفعة كان أكبر في المقاطعات ذات المستويات الأعلى من الفقر والحرمان.

وسوف نعود إلى الموضوع الخاص برسوم مستعمل الخدمة في الفصل 8 والفصل13، وكذلك المتضمنات الخاصة بالعدالة والإنصاف في الفصل17.

## التغيير في الطلب:

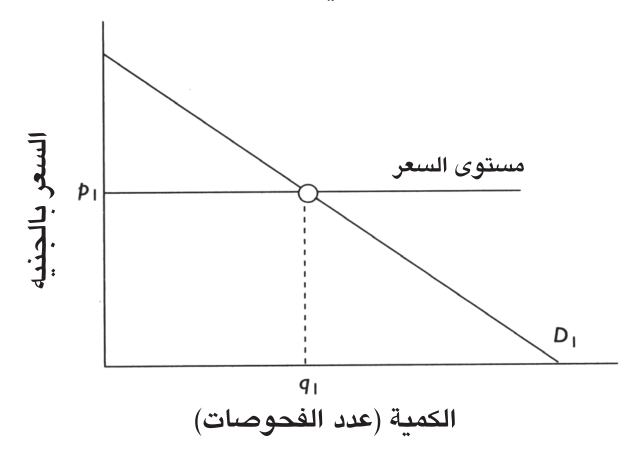
عندما نتحدث عن تغيير في الطلب، فإن ذلك يُظهر بوضوح في وجود نقلة (Shift) أو حركته على امتداد منحنى الطلب.

إن *الحركة* على امتداد منحنى الطلب تكون نتيجة تغييًّر يحدث في سعر السلعة، وكما هو موضح من قبل، عندما ينخفض سعر علبة الباراسيتامول من 15 إلى 10 جنيهات ويرتفع بذلك الطلب عليها من علبة واحدة إلى ثلاثة علب في السنة الواحدة.

إن *النقلة* أو التغيير الذي يحدث في المنحنى يكون نتيجة تغيير يحدث في متغيرات أخرى (التذوق والتفضيل، الدخل، وأسعار السلع الأخرى، إلخ) وعلى سبيل المثال، أن نضع في الاعتبار ما الذي تحدث للطلب إذا ارتفع الدخل، وإذا لم تحدث تغييرات أخرى، فإن الكمية المطلوبة بالنسبة لمعظم السلع سوف ترتفع مع زيادة الدخل.

## نشاط 3-1:

1. نفترض أنه توجد حملة تعليم صحي من أجل أن تلقي الضوء بالنسبة للمجموع العام من السكان على فوائد الفحص الدوري للأسنان (والذي يجب أن يدفع الناس له مباشرة)، فماذا تعتقد أن يكون التأثير على الكمية المطلوبة من خدمات الأسنان ضع علامة على هذا التأثير في (الشكل 3-2)، وضع لها عنواناً واضحاً.



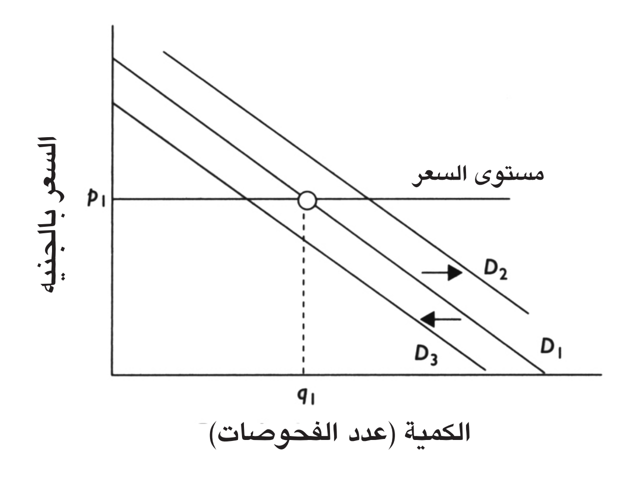

**(الشكل 3-2): الطلب بالنسبة للفحوصات الخاصة بصحة الأسنان.**

حيث أن $p_1$ = السعر، $q_1$ = الكمية، $D_1$= الطلب للفحوصات الخاصة بصحة الأسنان.

2. افترض أن عيادة الأسنان قد تم نقلها إلى منطقة خارج المدينة حيث تكون بعيدة عن معظم السكان، وذلك يمنع الناس من استعمال هذه الخدمة، ضع علاقة لهذا المؤثر على (الشكل 3-2)، وَوَضع عليها علامة واضحة.

## التغذية الراجعة:

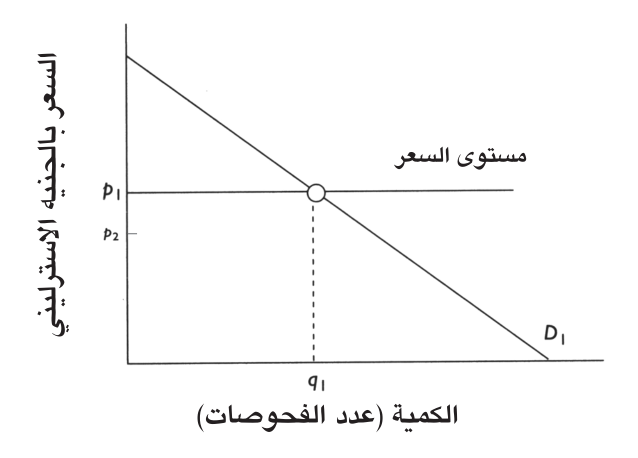
1. إذا كان برنامج تحسين الصحة فعالاً فسوف يتسبب ذلك في زيادة التفضيل لعملية فحص الأسنان وهذا يعني زيادة كمية الطلب عند كل سعر، وذلك يعني انتقال المنحنى في اتجاه اليمين (من $D_1$ إلى $D_2$ في الشكل 3–3).
2. إذا أصبحت المستشفى أكثر بُعْداً عن الناس فإن ذلك يعني أن الانتقال أو السفر إليها يصبح أكثر تكلفة في ضوء الزمن اللازم وتكاليف الانتقال، ويمكن اعتبار السفر إلى المستشفى على أنه *تكملة* لعملية الفحص، والتكلفة الزائدة في السفر سوف تتسبب في نقص الكمية المطلوبة لعملية الفحص عند كل الأسعار، وينتقل منحنى الطلب هنا إلى ناحية اليسار (من $D_1$ إلى $D_3$ في الشكل 3–3).




**(الشكل 3-3): تغييرات في الطلب بالنسبة للفحوصات الصحية للأسنان.**

## نشاط 3-2:

1. نفترض أن سعر التكلفة لفحص الأسنان انخفض من $p_1$ إلى $p_2$، ضع علامة بالتأثير على (الشكل 3-4).
2. إذا انخفضت دخول الأفراد، ماذا يكون التأثير على طلب الفحص الطبي للأسنان؟ مرّة أخرى، ضع علامة التغيير على (الشكل 3-4).

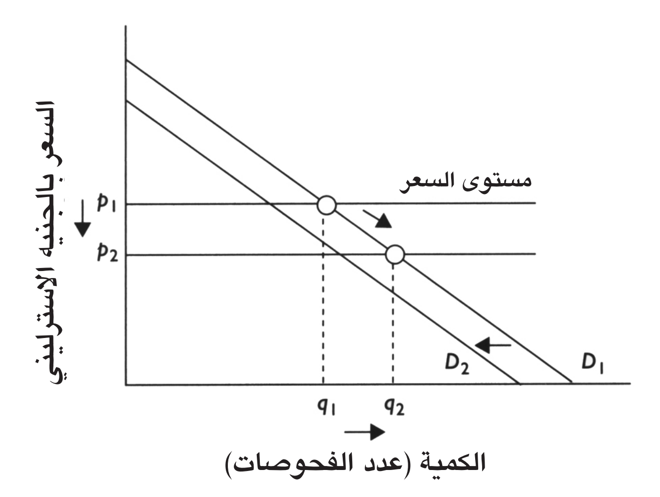



(الشكل 3-4): طلب الفحص الطبي للأسنان.

## التغذية الراجعة:

1. هذا الانخفاض في السعر يمكن تمثيله بالحركة على طول منحنى الطلب، وبما أن منحنى الطلب ينحدر لأسفل، فإن الكميات المطلوبة تزيد (من $q_1$ إلى $q_2$ في الشكل 3-5).

2. إذا كان فحص الأسنان جيد بطريقة طبيعية (وليس لديك سبب للاعتقاد بغير ذلك) فإن الهبوط، أو انخفاض الدخل سوف يؤدي إلى نقص في الكمية المطلوبة عند كل الأسعار، ومن ثم سيتجه، أو ينتقل منحنى الطلب إلى ناحية اليسار (من $D_1$ إلى $D_2$ في الشكل 3-5).




(الشكل 3-5): التغييرات في الطلب بالنسبة للفحوصات الطبية للأسنان.

## الطلب والمنفعة:

الآن، دعنا ندخل بشكل أعمق قليلاً في العلاقة بين تفضيلات الناس وبين الطلب لديهم، وفي هذا النموذج من الاستهلاك الفردي، فإن التفضيلات وتقيد وبالدخل وبالأسعار السلع، وسوف نفترض أن كل فرد لديه كم معين من الدخل الذي ينفق منه، ذلك أن كل الأفراد يستهلكون كل السلع التي يشترونها خلال فترة زمنية نسبية، وأن الأفراد لا يستطيعون التأثير في أسعار السلع التي يشترونها.

والطريقة التي يوزع بها الأفراد الدخل الخاص بهم على شراء السلع سوف تعتمد على مدى الرغبة وعدم الرغبة (التفضيلات)، وطبقاً للاقتصاديون، فإن الطريقة التي نضع أو نقّسم بها دخولنا عبر المدى الواسع من السلع المتاحة، تشير إلى بعض المحاولة أو التطلع إلى مضاعفة المنفعة التي نحصل عليها وهي بذلك تعكس تفضيلاتنا.

*والمنفعة الكلية* هي المجموع الكلّي للرضاء الذي يحصل عليه الفرد من استهلاك السلع، وتعتمد المنفعة الكلية على مستوى الاستهلاك لدى الفرد ـ فالزيادة في الاستهلاك بصفة عامة تعطي المزيد من الرضا الكلي، *والمنفعة الحدية* هي التغيير في المنفعة الكلية الناتجة عن زيادة في وحدة واحدة في كمية استهلاك سلعة معينة، وسوف تذكر من الفصل الأول أن *تقليل، أو تلاشي المنفعة الحدية* يعني أننا عندما يكون استهلاكنا أكثر، وأكثر من سلعة معينة، فإن المنفعة التي نحصل عليها من كل وحدة زيادة في الاستهلاك سوف تتجه إلى الهبوط، أو النقص.

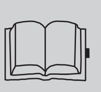
والأشياء تصبح أكثر تعقيداً عندما يتم إدخال أسعار وسلع عديدة، ومن أجل مضاعفة المنفعة فإن ما نريد أن نؤكده هو أن الجنيه الأخير (أو أي وحدة عملة أخرى) قد تم إنفاقه على كل سلعة تحمل المنفعة نفسها بالنسبة لك مثل الجنيه الأول، وطبقاً لنظرية المنفعة، عند تقريرك لتوزيع دخلك على سلع مختلفة، فإن المنفعة تتضاعف عندما:

$$\frac{\text{المنفعة الحدية للسلعة أ}}{\text{سعر السلعة أ}} = \frac{\text{المنفعة الحدية للسلعة ب}}{\text{سعر السلعة ب}} = \frac{\text{المنفعة الحدية للسلعة جـ}}{\text{سعر السلعة جـ}}$$

والمستهلكون عندئذ أيضاً يضاعفون منفعتهم عندما يكون معدل المنفعة الحدية

للسعر تتساوى بين كل السلع، وعند هذه النقطة ربما تفكر كالآتي «أنا لم أوزع أو أخصص دخلي مثل ذلك»، إن هذه نظرية، ولكنها مع ذلك فهيٍ نظرية قوية في الاقتصاد، وبالنسبة لعدد من الأسواق، يتضح أنها تصف بدقة تماماً كيف أن الناس (على الرغم من حالة اللاشعور) يوزعون الإنفاق لديهم، ولكنِ ربما تكون قيمتها بقيمة الافتراض المعياري أكثر من كونها *ملاحظات إيجابية* ـ فمثلاً إذا اعتقدنا أن مضاعفة المنفعة نتيجة سياسة مرغوبة، عندئذ فإن هذا النموذج يقدم قاعدة عن الكيفية التي يمكن بها انجازها أو تحقيقها.

اقرأ هذا القطعة من تأليف «باركن» وآخرين Parkin et al. (2008)، حيث يشرحون نظرية المنفعة الحدّية بتفاصيل أكثر ويقدمون مسوّغات استخدامها.



الماء ضرورة للحياة نفسها، بينما الجواهر مجرد نوع من الترف غير الضروري، وهكذا فإن الماء له قيمة أكثر من المجوهرات، ومع ذلك، فإن سعر الماء يعتبر جزءاً ضعيفاً، عَنْ سعر الجواهر، فلماذا؟ إن هذا السؤال عبارة عن مفارقة، أو تناقض القيمة والتي احتار فيها الفلاسفة لعدة قرون، وقد حاول آدم سميث (Adam Smith) ولكنه فشل في حل هذا التناقض، ولم يستطيع أي شخص، حتى قبل ظهور نظرية المنفعة الحدية، أن يعطي إجابة مُرْضية، أو قطعية لهذا السؤال.

يمكنك أن تحل اللغز الذي قدمه آدم سميث عن طريق التمييز بين المنفعة الكلية والمنفعة الحدية، فالمنفعة الكلية التي يمكن أن نأخذها من الماء منفعة هائلة، ولكن لابد من ذكر، أنه كلما استمرينا في استهلاك شيء معين، فإن المنفعة الحدية له تتجه إلى الهبوط، ونحن نستعمل كميات كبيرة من الماء حتى أن المنفعة الحدية ـ أو الفائدة التي نأخذها من الكوب الثاني من الماء ـ تتلاشى أو تنخفض إلى قيمة أقل، والجواهر من ناحية أخرى لها منفعة كلية صغيرة بالنسبة للماء، ولكن لأننا نشتري عدداً قليلاً منها، فإنها تحتوي على منفعة حدية عالية.

فعندما يضاعف الفرد المنفعة الحدية، فهو يضع، أو يوزع ميزانيته بطريقة تجعل من المنفعة الحدية للجنيه الواحد الذي يتم إنفاقه متساوية

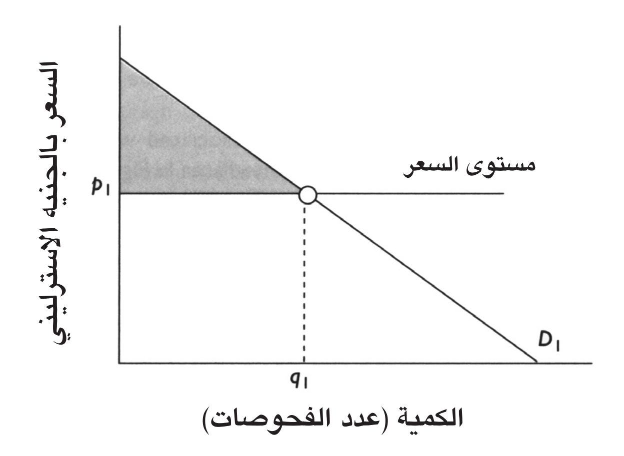
بالنسبة لكل السلع، وهذه المساواة في المنفعة الحدية للجنيه الواحد المنصرف تصدق على كل من الماء والمجوهرات، فالمجوهرات أسعارها مرتفعة ولها أيضاً منفعة حديّة مرتفعة، والماء سعره منخفض وكذلك منفعة حدية منخفضة، وعندما يتم تقسيم المنفعة الحدية العالية للمجوهرات على الأسعار المرتفعة للمجوهرات، فإن النتيجة تكون رقماً مساوياً للمنفعة الحدية المنخفضة للماء مقسّمة على السعر المنخفض للماء، والمنفعة الحدية لكل جنيه واحد يتم إنفاقه هي نفسها بالنسبة للمجوهرات أو الماء.

طريقة أخرى للتفكير بتناقص القيمة هو من خلال مفهوم فائض المستهلك.

## فائض المستهلك:

مازلنا نتعلم أن منحنى الطلب يوضح تطلعات المستهلك أو رغباته في الدفع، فهو يخبرنا عن المنفعة الحدية الخاصة ـ بالسعر الأقصى، أو الأعلى الذي يتطلع المستهلك لدفعه للحصول على وحدة زيادة من سلعة عندما تكون المنفعة مضاعفة، والآن، وقد حصلت على فهم لمصطلح المنفعة الحديّة، فمن المهم أن تكون قادراً على التمييز بين القيمة (التي يحددها المستهلك) والسعر (الذي يتحدد بواسطة السوق).

وفائض المستهلك هو الفرق بين الكمية الإجمالية التي يرغب *فيها* المستهلك ويكون *قادراً* على دفع ثمنها بالنسبة لسلعة معينة (ويشار إليها بمصطلح منحنى الطلب) والكمية الكلية التي *اشتراها بالفعل* (أو سعر السوق بالنسبة للمنتج)، وباستخدام مصطلحات منحنى الطلب بالنسبة لفحوصات الأسنان، نرى أن المنطقة الموجودة تحت منحنى الطلب، تمثل القيمة الموضوعة للسلعة بواسطة المستهلكين، والمنطقة أسفل خط السعر تمثل التكاليف بالنسبة للمستهلكين، ومن ثم، فإن فائض المستهلك هو المنطقة الموجودة بين منحنى الطلب، وخط السعر، وبمعنى أنها الفائدة التي يصنعها المستهلك عندما يتخذ قراراً بشراء شيء، ويقاس بالفرق بين السعر المدفوع، وأقصى ما يتطلع أن يدفعه المستهلك، والمنطقة المظللة في (الشكل 3-6) تشير إلى فائض المستهلك.



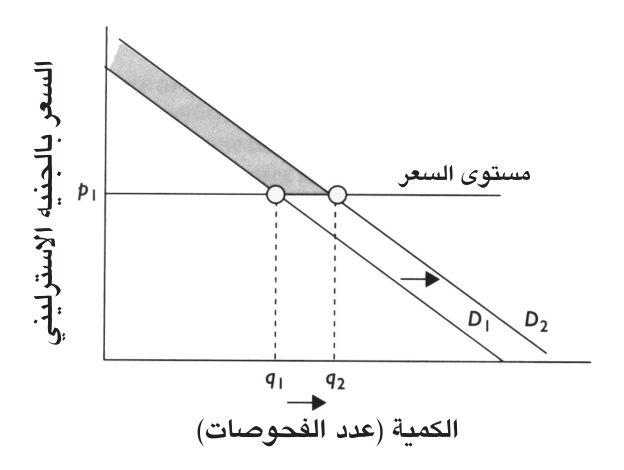

**(الشكل 3-6): الطلب على الفحوصات الطبية للأسنان موضحاً فائض المستهلك.**

واستمراراً مع المثال السابق القديم في (النشاط 3-1)، والمكسب في فائض المستهلك بعد حملة التعليم الصحي يشار إليه في (الشكل 3-7) في المنطقة المظللة على اليمين عند الطلب 1 ($D_1$)، منحنى الطلب الأصلي.

## نشاط 3-4:

ارجع إلى (الشكلين 3–3، 3-5) وظلِّل المناطق التي تمثل التغيُّرات في فائض المستهلك كنتيجة للآتي:

1. إعادة وضع مستشفى الأسنان في منطقة خارج المدينة (ضع علامة بذلك في الشكل 3–3).
2. هبوط سعر تكلفة فحص الأسنان ـ إذا تساوت سائر الأحوال ـ من $p_1$ إلى $p_2$ (ضع علامة على هذا التأثير في الشكل 3-5).
3. مرة أخرى في (الشكل 3-5)، ضع علامة عن التغيير في فائض المستهلك إذا هبط الدخل لدى الناس.

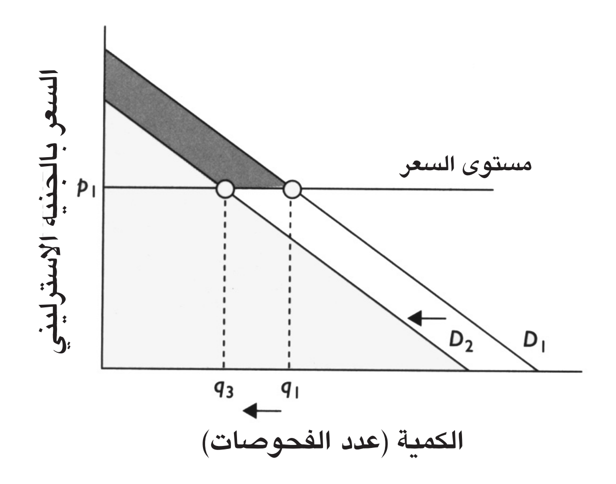



**(الشكل 3-7): الطلب على الفحوصات الطبية للأسنان بعد حملة من التعليم الصحي.**

## التغذية الراجعة:

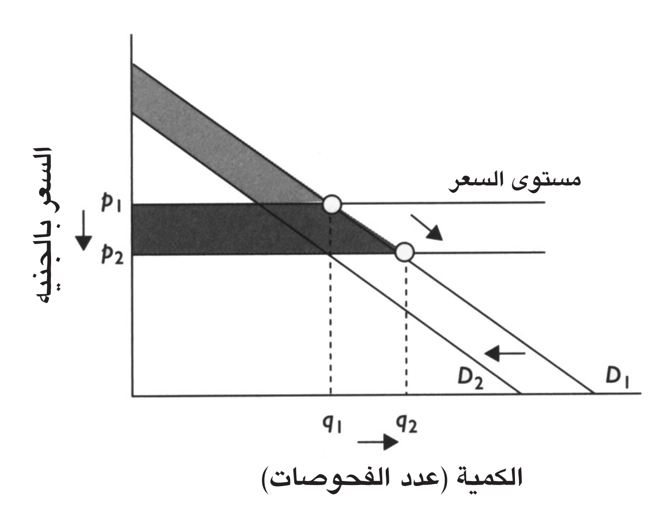
1. يرتبط فقدان، أو خسارة فائض المستهلك بتغيير الموقع (الشكل 3-3)، ويشار إليه في المنطقة المظللة تظليلاً خفيفاً في (الشكل 3-8).

2. و 3. يرتبط *المكسب* بالنسبة لفائض المستهلك بالهبوط في السعر، الموضح في (الشكل 3-5) والمشار إليه في منطقة الظليل المعتم في (الشكل 3-9)، بينما التظليل الخفيف يشير إلى *فقدان* فائض المستهلك المرتبط بهبوط أو انخفاض الدخل.




**(الشكل 3-8): التغييرات في فائض المستهلك الناتجة عن التغيير في الطلب.**

سوف نعود إلى مفهوم فائض الاستهلاك في الفصل القادم عندما ننظر إلى مرونة سعر الطلب، وفي الفصل الثامن عند مقارنة أنماطاً مختلفة من الأسواق..، مفهوم فائض المستهلك يعتبر أساسياً أيضاً في تحليل التكلفة ـ الفائدة حيث يتم تحديد الفائدة كزيادة صافية في فائض المستهلك (Fox–Rushby and Cairns، 2005).




(الشكل 3-9): تغييرات في فائض المستهلك ناتجة عن تغيير في الطلب.

## الطلب على الرعاية الصحية:

يفترض الاقتصاد أن الأفراد يخصصون ميزانياتهم المحدودة لمحاولة ومضاعفة منفعتهم، وأنه عندما يفعل الأفراد هذا فإنهم يستخدمون مواردهم بكفاءة مختلفة، (يتصرف الأفراد بشكل منطقي)، ويوضح منحنى الطلب هذه الظاهرة، أنه عبارة عن تخطيط للكمية المطلوبة عند كل سعر عندما تكون المنفعة مضاعفة، أو في حدها الأقصى.

وعندما نترجم هذا التفكير إلى الرعاية الصحية، تظهر المشاكل، فعلى سبيل المثال، ومثلما لا يحدث بالنسبة لمعظم السلع الأخرى، فإن الرعاية الصحية لا تركن مباشرة إلى المنفعة، فالقليل من الناس هم الذين يستمتعون بالرعاية الصحية، وقيمتها تأتي من التأثير الإيجابي الذي يأمل الفرد أن يعود على صحته، وفي المقابل، فإن الرضا الذي نأخذه من الأنشطة التي نستطيع القيام بها عندما نكون في صحة جيدة

(مثل العمل، وقضاء أوقات الفراغ). فإن الطلب على الخدمات الصحية يصبح لذلك *طلباً* مشتق.

وصحة وملائمة وقابلية تطبيق مفهوم الطلب بالنسبة للرعاية الصحية، قد تمت مناقشته على اتساع، ومنذ وقت ليس قريباً ظن باولي (Pauly 1998) أن ثلاثة أرباع الأسواق الطبية لا تتفق مع النموذج التقليدي للاقتصاد!

## نشاط 3-5:

هل يمكنك التفكير في طرق أخرى يختلف فيها الطلب في الرعاية الصحية عن الطلب في سلع أخرى؟

## التغذية الراجعة:

فيما يلي بعض الطرق التي يكون فيها الطلب على الرعاية الصحية أكثر تعقيداً من النموذج البسيط للطلب الذي تم تقديمه في هذا الفصل:

1. أن يكون الطلب على الرعاية الصحية غالباً لحالة تدخل واحدة بدلاً من مطالب متكررة وعديدة كما يحدث غالبا في استهلاك الصابون أو القرص الرقمي متعدد الاستعمالات.
2. من المفترض بصفة عامة في الاقتصاديات أن المستهلكين قادرون على اتخاذ أو وضع قرارات بالنسبة لأنواع، أو أنماط الاستهلاك الخاصة بهم، ويقال هنا أن المستهلك صاحب السلطة، أو المسيطر، ومع ذلك، فإنه في حالة الرعاية الصحية، فإن المستهلكين يخولون سلطة اتخاذ القرار إلى المختصين في المجال الصحي والذين لديهم خبرة ومعلومات أكثر.
3. إدراك المرضى لما يحتاجون إليه، وقدرتهم على الاستفادة منه، واللذان يكونان معاً حالة الطلب، قد تتأثر بشكل قوي بالطبيب المعالج ـ مقدّم الرعاية الصحية.
4. هناك مشكلة أخرى ترتبط بحقيقة أن الرعاية الصحية متغايرة، إلى حد بعيد، فكل مريض لديه تركيبة مرضية تختلف بشكل بسيط من حيث الأعراض، والاعتلالات الجسدية وعلى ذلك، فإن كل مريض يحتاج لشراء رعاية طبية مختلفة قليلا، وأكثر من ذلك، فإن الأفراد يختلفون إلى حد ما في استجابتهم للعلاج.
5. هناك فرق رئيسي، وهو أن الدفع، أو الأتعاب الخاصة بكثير من الخدمات الصحية، إما يتم بطريقة جزئية، أو بالكامل، ومن ناحية الطرف الثالث (إما شركات التأمين

أو الحكومة) والذي يعني أن الأفراد من مستعملي الخدمة قد لا تكون لديهم حساسية بالنسبة لأسعار هذه الخدمات.

وبعض أوجه الرعاية الصحية قد تتلاءم مع نموذج الطلب البسيط بشكل أفضل من الأخرى، فعلى سبيل المثال، ما نجده في المثال السابق الخاص بدواء الباراسيتامول- فالفرد الذي لديه صداع يعرفٍ بدرجة كبيرة تأثير استهلاك هذا الدواء، فهم يستطيعون شراء الباراسيتامول طبقاً لتفضيلاتهم ودون الذهاب إلى طرف ثالث، وفي الفصل التالي سوف تكتشف بعض من النماذج المعقدة للطلب.

**إطار قراءة متقدمة: تحليل «منحنى السواء»**

إن أحد الأسباب التي أطلقنا بسببها على النموذج السابق بأنه «النموذج البسيط» لطلب المستهلك» هو أننا نعالج قرار المستهلك بشراء كل سلعة على أنه حادث، أو واقعة منفصلة، ولقد حددنا الجوانب الخاصة بمشكلة شراء سلعة معينة، وأنه يحتوي علىٍ المقايضة، فإذا أنفقنا المزيد من المال على السلعة Y فبذلك سيكون لدينا مالاً أقل لننفقه على السلعة X، وهنا يأتي دور تحليل المنحنى السواء، فهذا النوع من التحليل يمكن استخدامه في اختبار كيف سيقوم المستهلك بتغيير الربط أو التركيبة الخاصة بين سلعتين، وتحليل المنحنى أو السواء ـ يجمع أو ربط ما بين مفهومين: منحنيات السواء وخطوط الميزانية.

**منحنى السواء:**

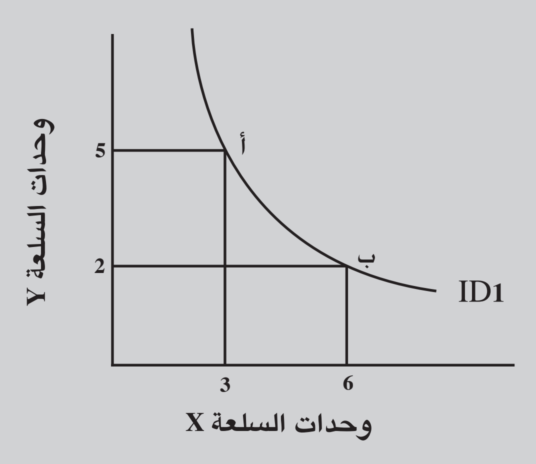
منحنى السواء عبارة عن خط يوضح كل الارتباطات، أو التركيبات الممكنة بين سلعتين لدى أي شخص غير مختلف) ولذلك، بالنسبة لكل نقطة على منحنى السواء، فإن المنفعة التي يتلقاها الشخص من استهلاك تركيبات مختلفة من سلعتين هي ذاتها، وعلى سبيل المثال، في (الشكل 3-10) فإن منحنى السواء هو ID1، والمستهلك هنا سوف يستقبل نفس المنفعة من استهلاك 3 وحدات من السلعة X وخمس وحدات من Y والتي كانت تأتي من استهلاك 6 وحدات من السلعة X وعدد 2 وحدة من السلعة Y.

**شكل منحنى السواء:**

(الشكل 3-10) يوضح أن منحنى السواء ليس خطاً مستقيماً، وأنه ينحني

إلى الداخل بسبب مفهوم «معدل الهبوط الحدي» الخاص بالتبديل أو الإحلال بين سلعتين

إن المعدل الحدّي للإحلال هو كمية السلعة (X مثلاً) التي يجب التخلي عنها إذا كان الفرد يسعى إلى الحصول على وحدة زيادة من سلعة أخرى (مثلاً Y).




**(الشكل 3-10): منحنى السواء (The Indifference Curve).**

المعدل الحدي للإحلال The marginal rate of substitution (MRS) = التغير في السلعة X/ التغير في السلعة Y = انحدار منحنى السواء.

وباستخدام (الشكل 3-10) فإن المعدل الحدي للإحلال بين النقطتين أ، ب هو:

المعدل الحدي للإحلال -3 / 3 = ‎-1 = 1 (الاصطلاح جرى على تجاهل العلامة + أو −، مما يجعل الإجابة 1 وليس ‎−1).

إن السبب في تناقص، أو تلاشي المعدل الحدي للإحلال يرجع إلى القاعدة، أو المبدأ الخاص *بتلاشي المنفعة الحدية*، وسوف تتذكر أن هذا المبدأ ينص على أنه كلما زاد استهلاك وحدة من سلعة معينة كلما قل الرضا الاجتماعي المأخوذ من استهلاك المزيد من الوحدات، ومن الممكن أن نرسم أكثر من منحنى للسواء على نفس الشكل البياني ـ وهذا يسمى بخطة أو *خريطة* منحنى السواء، والقاعدة

العامة تقول أنه إذا اتجه منحنى *السواء* أكثر إلى ناحية اليمين فإن ذلك يوضح أن الجمع بين السلعتين يحتمل منفعة أعلى، والعكس هو الصحيح.

**خط الميزانية:**

إن خط الميزانية له أهمية في تحليل سلوك المستهلك، ذلك لأنه يوضح كل التجمعات، أو التركيبات الممكنة بين سلعتين واللتين يمكن شراؤهما بسعر معين مع ميزانية موضوعة بذلك، وتذكّر أن الكميات التي يمكن لشخص أن يشتريها من سلعة معينة، سوف تعتمد على دخل هؤلاء وكذلك سعر السلعة، و (الشكل 3-11) يوجد به خط الميزانية في ميزانية قدرها 40 جنيه استرليني، 4 جنيهات استرلينية للوحدة الواحدة من السلعة X، وجنيهان استرلينيان للوحدة الواحدة من السلعة Y، وبوجود ميزانية محدودة فإن المستهلك لا يمكنه سوى استهلاك مجموعة محدودة تجمع بين السلعتين X ، Y (الحد الأقصى للجمع بينهما موجود على خط الميزانية الفعلي). وأي تغيير في الدخل سوف يسبب تحركاً أو نقلةً في خط الميزانية ولكن انحداره سوف يظل كما هو، والارتفاع في الدخل سوف يسبب أن انتقال خط الميزانية إلى الخارج، بينما أي هبوط في الدخل يسبب تحرك أو انتقاله إلى الداخل.

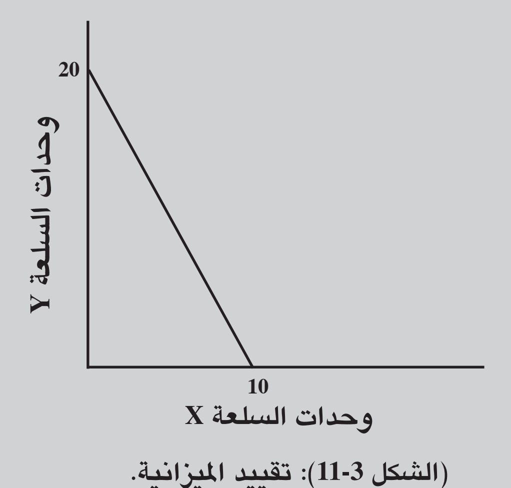
**الجمع بين منحنيات السواء وبين خطوط الميزانية:**

عن طريق الجمع بين منحنى التساوي وخط الميزانية، فإنه يمكن تحديد نقطة الاستهلاك بين سلعتين سوف يشتريهما المستهلك الطبيعي ذو الدخل المعين، والمستهلك المنطقي ذو الأهمية القصوى للسلع سوف يفضل أن يكون على أعلى نقطة ممكنة من منحنى السواء، مع افتراض وجود قيود اضطرارية في ميزانيته، وهذا يحدث عندما يحدث تلامس بين منحنى السواء وخط الميزانية، وفي (الشكل 3-12) توجد نقطة الاستهلاك الأمثل للإحلال عند النقطة O على منحنى السواء ID3 حيث المعدّل الحدّي للإحلال (MRS) يساوي نسبة الأسعار.

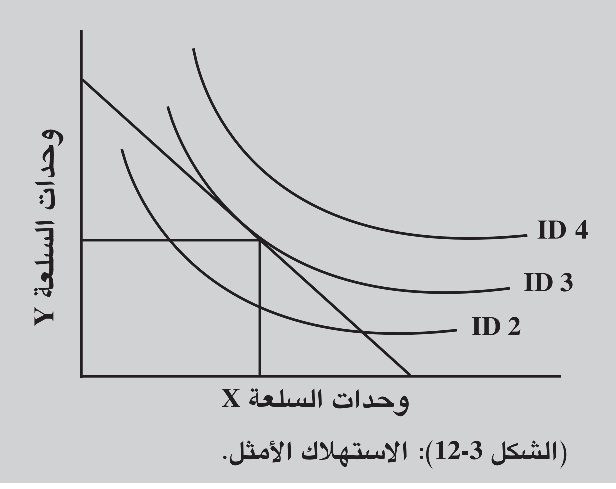
**استخراج أو اشتقاق منحنى الطلب:**

بالنسبة للتغيير في السعر، فإن منحنى الطلب يمكن استخراجه باستخدام تحليل منحنى السواء، والقيد الأصلي للميزانية التي لدينا (حيث X تتكلف 4 جنيهات استرلينية، وتكلفة Y 2 جنيه استرليني، والدخل 40 جنيه استرليني) موضحة بالخط غير المتقطع، فإذا هبط سعر السلعة X إلى 2 جنيه استرليني، فإن

خط الميزانية الجديد يتضح من خلال الخط المنقط، فالمستهلك هنا يستطيع شراء ضعف ما يشتريه من السلعة X بالمقارنة بما كان يحدث من قبل، وتمثل النقطة أ والنقطة ب أفضل ما يستطيع المستهلك أن يفعل عندما يكون السعر 4 جنيهات استرلينية وعندما يكون 2 جنيه استرليني على التوالي، وهكذا، فإنه عند السعر 4 جنيهات استرلينية نستطيع أن نرى أن 6 وحدات هي المطلوبة وعند السعر 2 جنيه استرليني يكون المطلوب 10 وحدات، وهذا يوضح نقاط التماس في (الشكل رقم 3-13) (أ)، وهذه النقاط يمكن أن تستخدم في بداية اشتقاق منحنى طلب المستهلك إلى السلعة X في (الشكل 3-13) (ب).

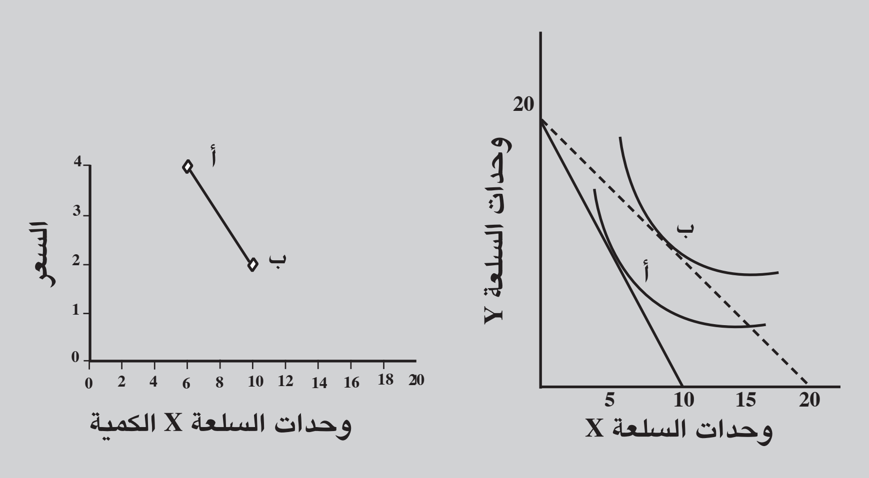



(الشكل 3-11): تقييد الميزانية.




(الشكل 3-12): الاستهلاك الأمثل.

إن التغيير في الدخل يمكن أن يؤدي أيضاً إلى تغيير في الطلب، وكما رأينا من قبل، إذا زاد الدخل، فإن خط الميزانية يتجه إلى الخارج (ناحية اليمين) وسوف يتجه إلى التماس مع منحنى السواء جديد، وأعلى، وهذا بدوره سيؤدي إلى انتقاله في منحنى الطلب، لأن هناك وحدات أكثر مطلوبة من السلعة عند كل سعر، ونقص الدخل سوف يتسبب في الانتقال نحو الداخل بالنسبة لمنحنى الطلب.

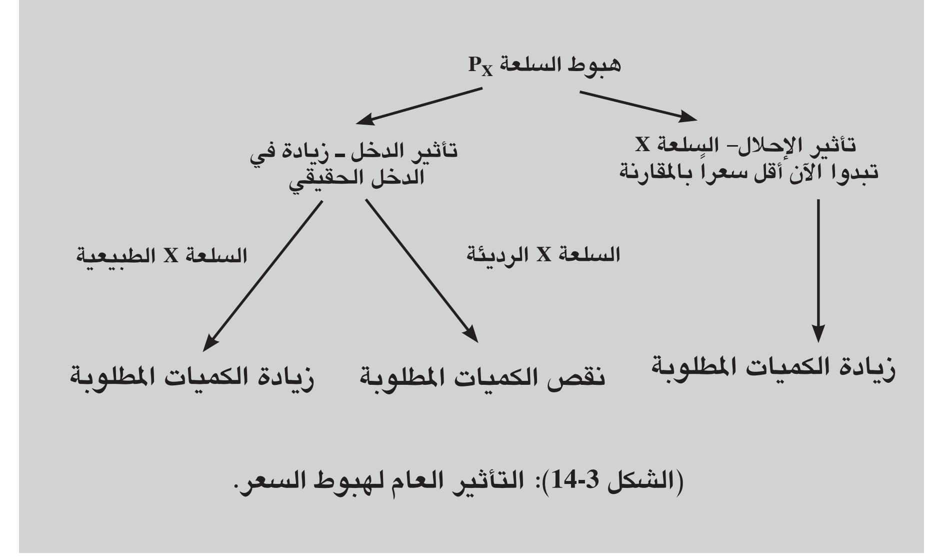



(الشكل 3-13 أ): تغيير في سعر (X). (الشكل 3-13 ب): منحنى الطلب للسلعة (X).

## عودة لمؤثرات الدخل والإحلال:

لوحظ من قبل أن الاقتصاديين يفْصلون بين تأثير التغيير في السعر عن الكمية المطلوبة من خلال دخل معين، وبين تأثير الإحلال، أو التبديل، فعلى سبيل المثال، عندما يهبط سعر سلعة، يرتفع مستوى الكميات المطلوبة منها وذلك لسببين: الأول، أن الدخل الحقيقي يكون أعلى لأن كمية المال نفسه تشتري أكثر عند هبوط الأسعار (تأثير الدخل)، وبالنسبة للسلع الطبيعية (يزداد الطلب بزيادة الدخل)، وتأثير الدخل الخاص بهبوط السعر يكون إيجابياً، وثانياً فإن المستهلكين يستبدلون السلعة الحالية الأرخص بالنسبة للسلع التي لم يهبط سعرها، حيث يحقق الدخل الحقيقي نوعاً من الثبات، وهذه الزيادة في الطلب تسمى تأثير الإحلال الخاصة بانحدار السعر.

والتأثير الكلي لتغيير السعر هو مع ذلك تأثير الإحلال، وتأثير الدخل يعمل في الوقت نفسه، وبالنسبة للسلع العادية، فإن تأثير الدخل والإحلال يدعم كل منهما الآخر (يسببان حدوث تغيير في الاتجاه نفسه)، وبالنسبة للسلع الناقصة (تناقص الطلب بزيادة الدخل)، ويعمل التأثيران في اتجاه معاكس كما هو موضح في (الشكل 3-14)، ولاحظ أن تأثير الإحلال يميل إلى السيطرة بما يؤكد قانون الطلب.




(الشكل 3-14): التأثير العام لهبوط السعر.

## الملخص:

تعلمت في هذا الفصل أن الطلب هو وصف للعلاقة بين كمية السلعة التي يتطلع المستهلكون إلى شراؤها عند سعر معين (مع ثبات كل الأشياء الأخرى على حالتها)، والمستهلكون يشترون هذه السلع، والتي تخضع لقيود الدخل الذي يحصل عليه كل منهم، ورفع درجة المنفعة إلى حدودها القصوى، وتتحدد الكمية المطلوبة عن طريق متغيرات مختلفة بما في ذلك السعر، والدخل، والتفضيل (أو التذوق) والأسعار النسبية للسلع الأخرى، وتتضح العلاقة بين السعر والكمية المطلوبة بواسطة منحنى الطلب والذي ينحدر أصلاً إلى أسفل من اليسار إلى اليمين، والفصل القادم يتم فيه تقديم أدوات خاصة بقياس الطلب.

# الفصل الرابع

# قياس الطلب
# Measuring demand

## نظرة عامة:

نظرنا في الفصل السابق إلى تحديد مفهوم الطلب، كما أنك قد اكتسبت فهماً عن كيفية تمثيل التغييرات التي تحدث في الطلب بطريقةٍ الرسم البياني، في هذا الفصل سوف ننظر بمزيد من العمق إلى مفهوم الطلب، أولاً ستجد ما يشير إلى مدى استجابة الطلب للتغيير في الأسعار، ثم سوف ترى إلى أي مدى يمكن استخدام هذه المقاييس في الممارسة العملية.

## الأهداف التعليمية:

بعد انتهاء العمل والقراءة لهذا الفصل، سوف تكون قادراً على الآتي:

- وصف كيفية قياس الطلب عملياً.
- تعريف وتحديد مرونة السعر في الطلب.
- حساب مرونة سعر الطلب على قسم من منحنى الطلب.
- وصف العلاقة بين مرونة سعر الطلب والريع، أو الدخل.
- مناقشة موضوعات تتعلق بفرض (أو زيادة) ضرائب، أو تكاليف خدمات صحية.
- وصف كيف يمكن استخدام نظرية الطلب في تخطيط الخدمات الصحية.

## المصطلحات الأساسية:

**المرونة المتبادلة في أسعار الطلب:** النسبة المئوية للتغيير في الكمية المطلوبة من سلعة مقسومة على نسبة التغيير في سعر سلعة أخرى مرتبطة بها.

**مرونة الدخل في الطلب:** التغيير في نسبة الكمية المطلوبة من سلعة، مقسمة على نسبة التغيير في دخل السكان.

**مرونة السعر:** تغيير في السعر ينتج عنه أكثر من تغيير في حصة الكمية المطلوبة.

**مرونة السعر في الطلب:** نسبة التغيير في الكمية المطلوبة مقسوماً على نسبة التغيير المرتبطة بها في السعر.

**مرونة السعر في العرض:** نسبة التغيير في الكمية المعروضة من السلعة، مقسومة على نسبة التغيير في السعر الخاص بالسلعة.

**عدم مرونة الأسعار:** تغيير في السعر ينتج عنه تغيير أقل للضريبة النسبية في الكمية المطلوبة.

## المرونة واستجابة الطلب:

من المهم أن نعرف استجابة الطلب للتغيير من خلال تغييرات معينة، وذلك حتى يمكن تصميم السياسات الملائمة لاستبدالها إذا لزم الأمر، وتقاس الاستجابة أو قابلية الاستجابة بواسطة الاقتصاديين ويشار إلى هذه العملية باسم «مرونة *الطلب* وهي تعكس شكل وانحدار منحنى الطلب».

والاستجابة للكمية المطلوبة للتغيير في السعر تسمى «مرونة *السعر*»، وقد تكون أيضاً على دراية بأن المرونة يمكن أيضاً قياسها بالنسبة للتغييرات التي تحدث في الدخل (مرونة الدخل) وكذلك للتغييرات التي تحدث في أسعار السلع الأخرى (مرونة الأسعار المتبادلة).

وهناك الكثير من دراسات تقييم، أو تقدير مرونة الطلب، ويمكن لنتائج هذه الدراسات أن تفيد صانعي السياسة، والذين يخططون لمعرفة ما الذي سوف يحدث إذا حدث ارتفاع، أو انخفاض في الأسعار، وهل سيكون هناك تغيير كبير، أو قليل في

الكميات المطلوبة في الاستجابة في تغييرات الأسعار؟ وأحياناً يتم قياس كمية الرعاية الصحية المطلوبة بواسطة كمية الخدمات التي تم استخدامها، مثل عدد أيام إقامة المريض داخل المستشفى، أو عدد الزيارات الخارجية لها، وغالباً يتم القياس بإجمالي تكلفة الخدمات، وأي من هذه المقاييس يمكن استخدامها في تقييم مرونة الطلب.

## الطلب المرن وغير المرن:

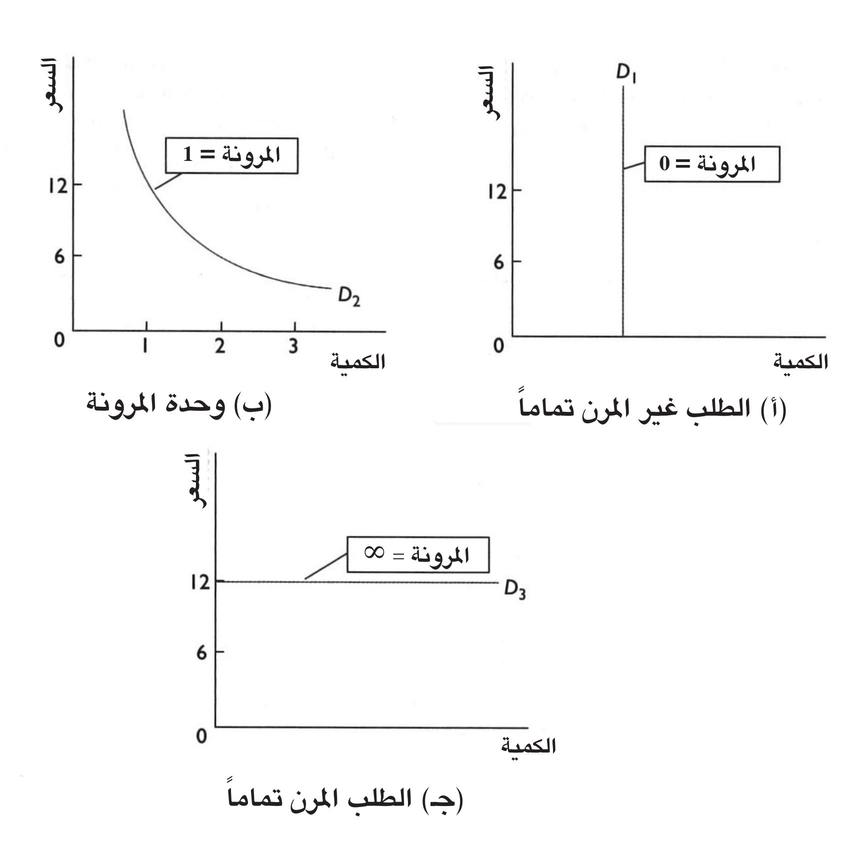
المرونة تقدم طريقة لقياس مدى حساسية الطلب (أو العرض) لعناصر معينة مثل التغيير في السعر، وبالنسبة لكثير من السلع والخدمات فإن زيادة السعر تعني أن الناس تشتري أقل، ولكن في بعض الحالات فإن ارتفاع السعر يكون له تأثير قليل جداً على الكميات المستهلكة، وتسمح مرونة السعر في الطلب أن نحسب *إلى أي* حد حدث تغيير في الطلب كنتيجة للتغيير في الأسعار.

يوضح (الشكل 4-1) ثلاثة أشكال من منحيات الطلب والتي تغطّي المدى الأوسع من أنواع المرونة في الطلب، وفي (الشكل 4-1 أ) نجد أن الكمية المطلوبة ثابتة بغض النظر عن السعر، وإذا ظلت الكمية المطلوبة ثابتة بينما السعر يتغير، فعندئذ تكون مرونة الطلب عند الحالة (0)، أو صفر، ويقال عن الطلب هنا أنه غير مرن *تماماً*، والسلعة التي لها مرونة ضعيفة في الطلب مثل الأنسولين، هذا الدواء يمثل هذه أهمية بالنسبة لبعض مرضى السكري، ذلك أن التغيير في سعر هذا الدواء لا يميل لأن يكون له تأثيراً كبيراً على الكميات التي سوف يشتريها المرضى، وإذا كان التغيير في النسبة المئوية للكميات المطلوبة، يعادل التغيير في النسبة المئوية في السعر فإن مرونة الطلب يعبر عنها بالرقم 1 ويسمى الطلب بالوحدة المرنة، أو وحدة *المرونة*، ومنحنى الطلب في (الشكل 4–1 ب) مثال لوحدة مرونة الطلب.

ومن بين الأمثلة الموضحة في الجزء (أ) والجزء (ب) في (الشكل 4-1)، الحالات العامة بشكل أكبر، عندما يكون التغيير في النسبة المئوية في الكمية المطلوبة أقل من التغيير في النسبة المئوية للأسعار، وفي مثل هذه الحالات، فإن مرونة السعر في الطلب تكون أقل من 1 صحيح، ويقال عن الطلب هنا أنه غير مرن، والبترول، والتبغ مثالان على السلع غير المرنة الطلب.

وبغرض للإيضاح، فإذا كانت الكمية المطلوبة تستجيب بشكل لا محدود بالنسبة لتغيير الأسعار، فإن مرونة السعر في الطلب تكون لا محدودة ويقال عن الطلب هنا أنه «مرن *تماماً*»، ومنحنى الطلب في (الشكل 4-1ج) مثالاً على الطلب المرن تماماً.

ومن بين الأمثلة الموضحة في الجزء (ب) والجزء (ج) في (الشكل 4-1)، الحالات العامة التي يكون فيها تغيير النسبة المئوية في الكميات المطلوبة يتعدى النسبة المئوية للتغيير في السعر، وفي هذه الحالات تكون مرونة السعر في الطلب أكبر من 1 صحيح، ويقال عن الطلب هنا أنه مرن، والحبوب، والشامبو أمثلة على السلع ذات المرونة في الطلب، وفي الرعاية الصحية، فإن الطلب على بعض أشكال جراحات التجميل يكون مرناً.




**(الشكل 4-1): الطلب المرن وغير المرن، حيث D= الطلب.**

***Source:* Parkin et al. (2008).**

## حساب مرونة السعر:

هناك 3 نقاط يجب ملاحظتها قبل أن نحسب مرونة السعر وهي:

أولاً: أن مرونة السعر في الطلب يتم حسابها بقسمة التغيير في الكمية المطلوبة على التغيير في النسبة الخاصة بالسعر، ولاحظ أن *المرونة* تختلف بالنسبة *لمنحنى*

الطلب من حيث شكل الانحدار الذي يقيس التغيير المطلق في متغيِّر معين في مقابل التغيير المطلق في متغيّر آخر (التغيير في الكميات المطلوبة مقسوماً على التغيير المبدئي في السعر)، والمرونة لا تعتمد على أنواع المقاييس المستخدمة، وهي تكون أكثر فائدة عندما تريد مقارنة استجابة الطلب في أسواق مختلفة، والانحدارات من ناحية أخرى تعتمد على الوحدة التي تقاس على أساسها السلعة، وضع في الاعتبار منحنى الطلب الخاص بدواء الباراسيتامول الذي تقاس السلعة على أساسها، وضع في الاعتبار منحنى الطلب الخاص بدواء الباراسيتامول الذي تقاس الكمية له في ضوء عدد جرامات الباراسيتامول، وهكذا سيكون أكثر حدة من منحنى طلب مماثل والذي تحسب وحداته بالطن من دواء الباراسيتامول، ومع ذلك، فإن لكل مستوى من مستويات الأسعار ستكون المرونة واحدة بالنسبة لكلا المنحنيين.

ثانياً: مرونة السعر في الطلب تظل دائماً سلبية، وهذا يشير إلى أنه بارتفاع سعر السلعة، وفي ثبات جميع العناصر الأخرى، فإن طلب المستهلك يكون أقل من تلك السلعة، وعندما نقوم بتحليل مرونة الأسعار، فنحن نهتم بالقيمة المطلقة لها، وبالتالي نتجاهل القيمة السلبية.

ثالثاً: فإن تقدير حجم المرونة يقدم مقياساً *لمدى استجابة* الطلب، فإذا كان تقدير قيمة مرونة السعر أكثر من 1 صحيح في القيمة المطلقة، عندئذ يقال عن الطلب أنه مرن، وعندما يكون الطلب مرناً، يكون المستهلك أكثر استجابةً للتغيير في السعر، وكمثل ذلك، فإن تغييراً بسيطاً في السعر سيؤدي إلى تغييراً كبيراً في الكميات المطلوبة، وعلى العكس، إذا كانت قيمة مرونة الطلب أقل من 1 صحيح بالقيمة المطلقة، عندئذ يقال على الطلب بأنه غير مرن ويكون المستهلكون أقل استجابة للتغيير في الأسعار، وهذا ملخص أدناه (حيث مرونة السعر في الطلب= PED):

إذا كانت PED أكبر من 1 صحيح عندئذ يكون الطلب ذو سعر مرن (الطلب حساس للتغيير في السعر).

إذا كانت PED =1 صحيح، عندئذ يكون الطلب وحدة مرنة.

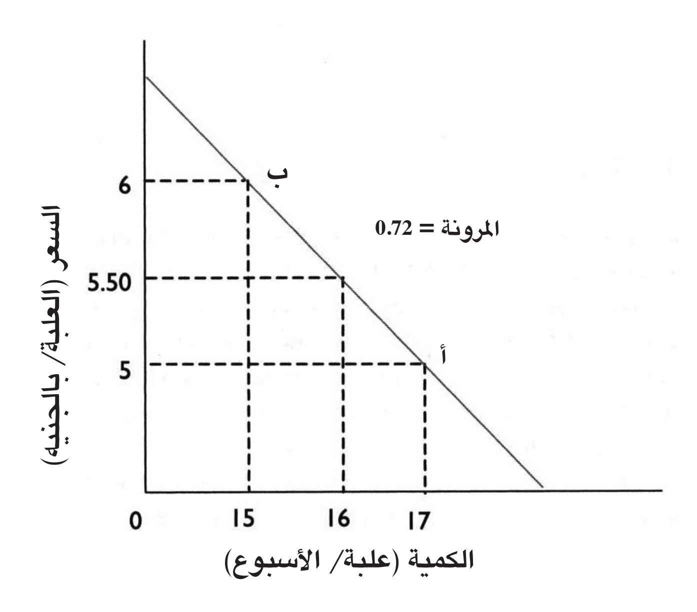
إذا كانت PED أصغر من 1 صحيح، عندئذ الطلب يكون سعر غير مرن (الطلب غير حساس للتغييرات في السعر).

وعندما نضع في الأذهان المعادلات السابقة، ودعنا الآن نقوم ببعض الحسابات.

وفيما يلي المعادلة المستخدمة في تقدير مرونة السعر في الطلب:

$$\text{مرونة السعر في الطلب} = \frac{\text{النسبة المئوية في تغيير الكميات المطلوبة}}{\text{النسبة المئوية للتغيير في السعر}}$$

ولاستخدام هذه المعادلة فنحن نحتاج إلى معرفة الكميات المطلوبة عند أسعار مختلفة، وهذه المعلومات مجسدة (في الشكل 4-2) والتي يتضح منها الطلب على الباراسيتامول الذي تم بيعه في إحدى الصيدليات.




**(الشكل 4-2): منحنى الطلب لدواء الباراسيتامول.**

(الشكل 4-2) يوضح مقطعاً على منحنى الطلب لدواء الباراسيتامول، وكيف تستجيب الكمية المطلوبة لتغيير بسيط في السعر، والسعر مبدئياً 5 جنيهات استرلينية للعلبة، وتم بيع 17 علبة في الأسبوع، وهذا موضح في المنطقة أ على الشكل، وحدثت زيادة في سعر العلبة لتصبح 6 جنيهات استرلينية، ثم تناقصت الكمية المطلوبة إلى 15 علبة في الأسبوع (النقطة ب في الشكل 4-2)، وعندما يزيد السعر بواقع جنيه استرليني واحد للعلبة، فإن الكمية المطلوبة تتناقص بمعدل 2 علبة في الأسبوع.

ولتقدير مدى المرونة في الطلب، فإننا نعبّر عن التغييرات في السعر والكمية المطلوبة بالنسبة المئوية لمتوسط الأسعار، ومتوسط الكمية، وباستخدام متوسط الأسعار والكميات، نكون قادرين على حساب المرونة بوضع نقطة على منحنى الطلب في موقع متوسط بين النقطة الأصلية والنقطة الجديدة، والسعر الأصلي 5 جنيهات استرلينية، والسعر الجديد 6 جنيهات استرلينية، وهكذا فإن متوسط السعر= 5.50 جنيه استرليني.

التغيير في السعر/ التغيير في متوسط السعر ($\Delta P/P_{ave}$) = 1 جنيه استرليني/5.50 جنيه استرليني = 18 % (حيث $\Delta$ تشير إلى التغيير في السعر).

وذلك يشير إلى أن زيادة 1 جنيه استرليني تعادل 18 % من متوسط السعر.

الكمية الأصلية المطلوبة هي 17 علبة في الأسبوع، والكمية المطلوبة الجديدة 15علبة في الأسبوع، وهكذا فإن متوسط الكمية المطلوبة هو 16 علبة في الأسبوع وعلبتين في الأسبوع تنقص الكمية المطلوبة تقريباً 13 % من متوسط الكمية، وهذا يتضح من المعادلة:

التغيير في الكمية / التغيير في متوسط الكمية = 2 /16 جنيه استرليني = - 13 %

$$\Delta Q/Q_{ave} = (/£2\ /\ /£16) = -13\%$$

هكذا فإن مرونة السعر في الطلب، والتي هي التغيير في النسبة المئوية في الكمية المطلوبة (13 %) مقسومة على التغيير في النسبة في السعر (18 %) تكون -0.72 والتي تتضح من خلال المعادلة الآتية:

مرونة السعر في الطلب = النسبة المئوية للتغيير في الكمية / النسبة المئوية للتغيير في السعر

= - 13 % / 18 %

= -0.72

$$\text{Price elasticity of demand} = \%\ \Delta Q/\%\ \Delta P = -13\%/18\% = -0.72$$

الآن وبعد أن حسبنا قيمة المرونة في السعر في الطلب، فنحن نحتاج لأن نفهم تمثل:

أولاً: تذكّر أننا نهتم بالقيمة المطلقة وعلى ذلك نتجاهل علامات السلبية، وقد حسبنا مرونة السعر في الطلب على أنها 0.72 وعلى ذلك فإن السلعة تمثل سعراً غير مرن (PED <1) وعلى ذلك فإن الطلب ليس حساساً بدرجة كبيرة للتغييرات التي تحدث في السعر، وأكثر من ذلك، فإن قيمة -0.72 لمرونة السعر بالنسبة لدواء الباراسيتامول تخبرنا بأن 1 % ارتفاع في سعر الباراسيتامول سوف يؤدي إلى 0.72 انخفاض في الكمية المطلوبة، وبالتبادل، فإن 1 % انخفاض في السعر سوف يؤدي إلى 0.72 ارتفاع في الكمية المطلوبة.

هناك عدد من العوامل التي يمكن أن تؤثر في مرونة الطلب الخاصة بالسلعة، وفيما يلي بعض الأمثلة، ولكنك دون شك ستكون قادراً على التفكير في أخرى:

- *قابلية استبدال السلع:* كلما زادت، واقتربت إمكانية التبادل بين السلع، كلما كانت

المرونة أقرب إلى الارتفاع، لأن الناس يمكنها التحرك، أو الانتقال بسهولة من سلعة إلى أخرى حتى في حالة وجود انخفاض بسيط في أسعار السلع، ولاحظ أن عدد الإبدالات بين السلع يعتمد على أي نطاق يتم تحديد السلعة المطلوبة.

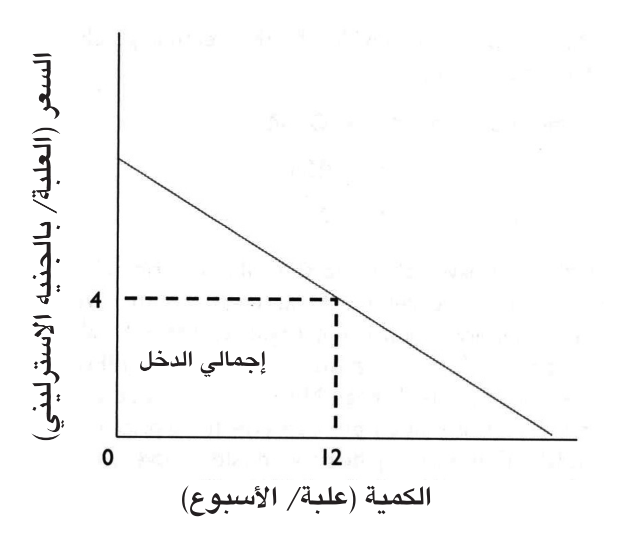
- *النسبة المئوية للدخل:* السلع التي تستحوذ على نصيب كبير من دخل المستهلك، تميل لأن يكون لها درجة أكبر من المرونة.
- *الفترة الزمنية:* تميل المرونة لأن تكون أكبر على المدى الزمني الطويل، لأن المستهلكين يكون لديهم وقت أطول لتكييف سلوكهم والبحث عن بدائل.
- *الضرورة:* كلما كانت الحاجة للسلعة أكثر ضرورة، كلما نقصت المرونة، لأن الناس سيحاولون شراءها بصرف النظر عن السعر، كما هو الحال في دواء الأنسولين لهؤلاء الذين يحتاجون إليه.
- من يدفع: لا يقوم المشتري بالدفع بطريقة مباشرة لشراء السلعة التي يستهلكها، مثلما في حالة التأمين الصحي على الموظفين، فإن الطلب يميل لأن يكون أقل مرونة.
- *الولاء للعلاقة التجارية (أو الصنف):* إن الارتباط بصنف، أو ماركة معينة غالباً مايجعل المستهلكين غير حساسين للتغير في السعر، مما ينتج عنه المزيد من عدم المرونة في الطلب.

إن الطلب العام على خدمات الرعاية الصحية يتوقع أن يكون غير مرن نسبياً، وذلك بدرجة كبيرة، لأن الاستبدالات، أو الاختيارات البديلة تكون قليلة في الخدمات الصحية، فإذا كنت مريضاً فلن تكون حساساً جدًّاً بالنسبة للأسعار، ومع ذلك، لاحظنا من قبل أن هناك استثناءات لهذه القاعدة (مثل الجراحات الاختيارية كجراحات التجميل، وشراء النظارات) ولكن معظم الدراسات تفيد أن المرضى غير حساسين تماماً لتغيير الأسعار بالنسبة للرعاية الصحية.

## الدخل والمرونة:

مرونة الأسعار مفيدة أيضاً بسبب علاقتها بالدخل، (والشكل 4-3) يوضح أن دخل المولين يمكنه تمثيل مرونة الأسعار بالرسم البياني.

إن الدخل الإجمالي هو عدد وحدات السلعة المباعة (المحور الأفقي) مضروبة في سعر الوحدة (المحور الرأسي)، والكمية المباعة هنا 12 علبة وسعر السوق 4جنيه للعلبة، وعلى ذلك فإن إجمالي الدخل = 12 × 4 = 48 جنيه استرليني، وهذا موضح في منطقة الصندوق المستطيل.




**(الشكل 4-3): الدخل أو الربح.**

وبارتفاع الأسعار نجد أن بعض المدخولات سوف يتم كسبها في كل وحدة مباعة، ولكن بعضها سوف يكون بالخسارة لأن ما سيتم بيعه وحدات قليلة فقط، ويمكننا الآن أن نضع هذين المفهومين للدخل والمرونة معاً، فإذا كان الطلب فيه مرونة في السعر عندئذ سوف يتناقص الدخل إذا زاد السعر، وإذا كان الطلب فيه عدم مرونة للسعر، سيزيد الدخل عندئذ إذا اتجهت الأسعار للزيادة.

واستكمالاً لما سبق، فقد قلنا من قبل أن إجمالي الدخل يساوي السعر مضروباً في الكمية المطلوبة، وهكذا إذا زاد السعر فإن إجمالي الدخل يمكن أن يهبط فقط إذا كان هناك نسبة نقص أكبر في الكميات المطلوبة، وهذا ما يحدث عندما تكون هناك مرونة في سعر الطلب الارتفاع في الدخل في كل وحدة مباعة أكثر من متعادل في طريق حقق الدخل المرتبط بنقص الكميات المباعة، من جهة أخرى إذا كانت مرونة السعر للطلب غير المرنة فإن الزيادة في السعر ستؤدي إلى نقص متناسب صغير في كمية الطلب، والزيادة في الدخل في كل وحدة مباعة لا يتعادل تماماً مع النقص في الدخل المرتبط بالهبوط في الوحدات المباعة، والعلاقة بين الدخل والمرونة قد تأخذ قليلاً من الوقت حتى يمكن إحكامها، ولكن يمكن تلخيصها في الآتي:

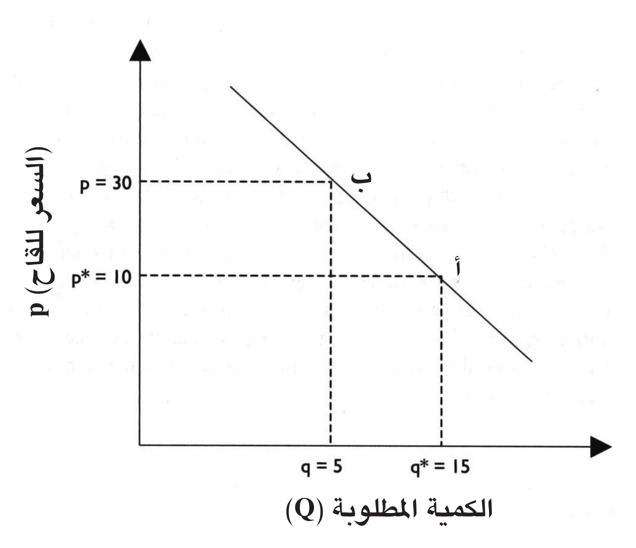
- التغيير في إجمالي الدخل يعتمد على مرونة الطلب.
- إذا كان الطلب مرناً فإن ارتفاع 1% يقلل من الكمية المباعة أكثر من 1% وهكذا فإن إجمالي الدخل ينقص.
- إذا كان الطلب به وحدة مرنة، فإن الارتفاع 1% من السعر يقلل الكمية المباعة بمقدار 1%، وبالتالي فإن إجمالي الدخل لايتغير.

- إذا كان الطلب غير مرن، فإن الارتفاع 1% في السعر يقلل من الكمية المباعة بأقل من 1% ويزداد إجمالي الدخل.

## نشاط 4-1:

اعتماداً على قراءتك عن المرونة، حاول الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. دون الرجوع إلى نص الكتاب، انظر إذا كنت تستطيع تحديد مرونة سعر الطلب.
2. كونك مدير أحد عيادات التطعيم، وتريد زيادة سعر تطعيم الأنفلونزا، (فالشكل 4–4) يوضح منحنى الطلب الخاص بتطعيم الأنفلونزا، والطلب الحالي (q×) والسعر (p×) موضوعان على النقطة (أ) على منحنى الطلب، والنقطة (ب) توضح الطلب الجديد (q)، والسعر (p)، فهل سعر الطلب فيه مرونة أم أنه غير مرن، أو وحدة مرونة؟ وهل يمكنك أن تفسر لماذا؟
3. ماذا سيكون التأثير على إجمالي الدخل باعتبار زيادة هذا السعر؟




**(الشكل 4-4): منحنى الطلب الخاص بلقاح الأنفلونزا.**

## التغذية الراجعة:

1. إن مرونة سعر الطلب تعني مقياس الاستجابة للكمية المطلوبة بالنسبة للتغيير في السعر:

$$\text{مرونة سعر الطلب} = \frac{\text{النسبة المئوية للتغيير في الكمية المطلوبة}}{\text{النسبة المئوية في تغيير السعر}}$$

2. احسب مرونة سعر الطلب كما يأتي:

(التغيير في الكمية/التغيير في متوسط الكمية)/ (التغيير في السعر/ التغيير في متوسط السعر)

$$\frac{(5\text{-}15)}{10} \div \frac{30\text{-}10}{20} = \frac{10\text{-}}{10} \div \frac{20}{20} = 1\text{-} \text{ صحيح مطلق}$$

مرونة سعر الطلب تساوي عندئذ وحدة مرونة (النسبة المئوية للتغيير في الكمية = النسبة المئوية للتغيير في السعر).

3. لا يوجد هناك تأثير على الدخل الإجمالي لأن الطلب عبارة عن وحدة مرونة، والتغيير في الكمية المطلوبة هو في النسبة نفسها، أو الحصة كتغيير في السعر، والتغيير في السعر في أي الاتجاهين سوف يتسبب في عدم وجود تغيير في الدخل.

## أنواع أخرى من المرونة:

المرونة لا تستخدم فقط في قياس استجابة الكمية المطلوبة للسعر، بل يمكن أن تستخدم أيضاً في قياس استجابة أي متغيِّر بالنسبة لأي متغيِّر آخر، وإضافة إلى المرونة في سعر الطلب، هناك أنواعاً أخرى من المرونة يتم حسابها كما في الآتي:

1. مرونة *تقاطع الأسعار في الطلب*: وهي النسبة المئوية للتغيير في الكميات المطلوبة من السلعة مقسومة على النسبة المئوية للتغيير في سعر سلعة أخرى ذات صلة، أو ارتباط بها، فإذا كانت هذه السلعة ذات الارتباط من السلع المكملة فإن تقاطعِ المرونة في الطلب يكون أقل من صفر، لأن التغيير الإيجابي في السعر يحقق نوعاً من التغيير السلبي في الكمية المطلوبة، وإذا كانت السلعة ذات الارتباط سلعة بديلة، وعندئذ يكون تقاطع المرونة في الطلب أكثر من الصفر، لأنِ التغيير الإيجابي في السعر يصل إلى حد التغيير الموجب في الكمية المطلوبة، وكلّما اقترب البديل، كلّما ارتفعت مرونة تقاطع الأسعار في الطلب.

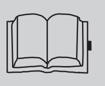
2. مرونة *الدخل في الطلب*: النسبة المئوية للتغيير في الكميات المطلوبة من السلعة مقسومة على النسبة المئوية للتغيير في دخل الأفراد أو السكان، فإذا كانت الزيادة في الدخل تحقق زيادة في الكمية المطلوبة، فإن مرونة الطلب هنا تكون

إيجابية وتوصف السلعة هنا بأنها «سلعة عادية، أو طبيعية»، أما إذا كانت الزيادة في الدخل تحقق نقصاً في الكمية المطلوبة فإن مرونة الدخل في الطلب تكون عندئذ سلبية وتوصف السلعة بأنها «ناقصة» .

3. *إن مرونة السعر في العرض*: هي النسبة المئوية للتغيير في كمية العرض مقسومة على النسبة المئوية للتغيير في أسعار السلعة، والعرض غالباً ما يكون أكثر استجابة للسعر على المدى الطويل، مقارنةً بالمدى القريب، على سبيل المثال، على مدى الفترات الزمنية القصيرة، فإن الشركات لا تستطيع بسهولة تغيير حجم المصانع الخاصة بها (أو في حالة الرعاية الصحية، لا يمكن بناء مرافق جديدة) من أجل إنتاج كميات أكبر أو أقل من السلعة أو الخدمات.

## دراسة حالة 1: رسوم استعمال الخدمة

عندما يتم وضع أو رفع قيمة رسوم الاستعمال للخدمات بواسطة مشروع أو خدمة صحية، فإن العائد من مثل تلك التغييرات على حالة الطلب يمكن تحليلها باستخدام التقديرات الخاصة بمرونة الأسعار، والمثال التالي مأخوذاً من *كتاب* أو المرجع الخاص *بالتحليل الاقتصادي لقطاع الصحة* بواسطة بنك التنمية الآسيوي والذي أخرجه عام 2000 وتستخدم فيه بيانات مأخوذة عن (جرتلر Gertler) (ومولينيوكس Molyneaux 1996).



تم في هذه الدراسة استخدام أكثر الطرق صرامة في تقدير «مرونة السعر»، وتم استخدام البيانات المأخوذة من الاختبارات العشوائية المضبوطة والتي تسمح للتكاليف الخاصة بمستعملي الخدمات أن تتنوع بطريقة تجريبية، بينما يتم الوقوف على التأثيرات الأخرى ومنعها من التدخل، أو التأثير على ثبات الطلب، وقد تم تطبيق التجربة في إندونيسيا في إقليم كلمنتان تيمور (Kalimantan) وكذلك في إقليم نوسا تنجار ابارات (Nusa Tengara Barat)، وكان هناك تكامل في تصميم هذه الدراسة بين الجزء الخاص باتخاذ القرار محلياً، والآخر عن رفع الأسعار في كل مكان، وكانت التغييرات التي تحدث في الرسوم، أو الأتعاب تتأرجح وينتج عنها تباين أو تغيير في الأسعار ويتم حساب ذلك من خلال تصميم التجربة. كانت الرسوم تزيد في

المراكز الصحية الموجودة في بعض المناطق دون الأخرى. لقد تم في هذه الدراسة تقييم، أو حساب تأثير الرسوم الأعلى سعراً على الطلب في المراكز الصحية الشعبية (العامة) في إندونيسيا، وكذلك حساب تأثير أشياء أخرى، وجاءت تقديرات مرونة الأسعار بالنسبة للمراكز الصحية الشعبية (العامة) كما هي موضحة في (الجدول 4-1) أدناه:

**(الجدول 4-1): مرونة سعر الطلب في زيادة المراكز الصحية الشعبية (العامة).**

| | الأطفال | | الراشدين | |
|---|---|---|---|---|
| زيارة المراكز الصحية | مدن | أرياف | مدن | أرياف |
| | 1.07- | 0.63- | 1.04- | 0.01- |

*Source:* Asian Development Bank (2000).

## نشاط 4-2:

1. ماذا تتضمن الأرقام -1.07،-0.01 عن نسبة 10 % تغيير في رسوم الخدمات؟
2. كما تعلمنا من قبل، مرونة الوحدات أعلاه تشير إلى أن الرسوم المرتفعة لن تجلب دخلاً إضافياً طالما أن الكمية سوف تنحدر نسبتها أيضاً، فإلى أي حد تتوقع (في المدينة أو الريف) أن ارتفاع الأسعار سوف يجلب دخلاً إضافياً؟ ولماذا؟

## التغذية الراجعة:

1. الرقم -1.07 يتضمن أن نسبة التغيير 10 % في الرسوم يرتبط بانحدار قدره 10.7 في استخدام المرافق الصحية للأطفال من سكان المدن (وحدة مرونة)، بدلاً من ذلك فإن الرقم -1.01 يعني أن ارتفاع 10 % في الرسوم، يؤدي إلى 1, 0 فقط من الانحدار في الاستخدام بواسطة الراشدين في مناطق الريف (عدم مرونة).
2. رفع الرسوم في المراكز الصحية سوف يجلب دخلاً إضافياً في الأماكن الريفية فقط، وذلك بسبب أن الطلب هنا على سعر غير مرن، وعلى ذلك، فإن الزيادة في

الدخل التي تم تحقيقها من ارتفاع السعر، أكبر من الخسارة في الدخل بسبب النقص في الكمية المطلوبة، ومن المثير للاهتمام أن نلاحظ أنه بالرغم من أن الدراسة وجدت (بالرغم من أنه غير موضح هنا) أن الحد، أو التقليل من المنفعة في المراكز الصحية لم يكن تماماً بسبب ظروف أقل، طالما أنه بعد زيادة الرسوم كان هناك دليلاً على حدوث عدوى من مرض معين، مع وجود مدى زمني طويل من المرض.

## دراسة الحالة 2: ضرائب على السجائر:

يستخدم فرض الضرائب على السجائر أحياناً للحد من ظاهرة التدخين، ومن ثم تحسين الصحة ورفع الدخل الحكومي، وسوف نختبر هنا بعض التوابع أو النتائج الأخرى لفرض الضرائب على السجائر، وبصفة خاصة عن مدى تأثير فرض الضرائب على مجموعات اجتماعية مختلفة، وهناك اعتبار خاص ألا وهو تجنب الضريبة التنازلية (التراجعية) (Regressive Taxation) وهي ضريبة تتناقص كلما تعاظم الدخل، وفي مقالة لكل من بورين (Borren) وسوتون (Sutton) 1992 قاما فيها بتقدير الطلب على السجائر كوظيفة بالنسبة لخمسة من الطبقات الاجتماعية في المملكة المتحدة من حيث الارتفاع في ضريبة السجائر، ومن ثم رؤية في أي من هذه الطبقات الاجتماعية يقع العبء الضريبي بشكل أكبر، وقد أردنا الوقوف على ما إذا كانت سياسة زيادة الضرائب تكون *تراجعية أو تنازلية* (من عدمه)، ونظام الطبقة الاجتماعية الموجود في هذا النص، تم تحديده كما يلي:

طبقة اجتماعية I: المهنيون (غير اليدويون).

طبقة اجتماعية II: المديرون (غير اليدويون).

طبقة اجتماعية III: العمال الماهرين (الحرفيين) (اليدويون وغير اليدويون).

طبقة اجتماعية IV: العمال شبه الماهرين (اليدويون).

طبقة اجتماعية V: العمال غير الماهرين (اليدويون).

ثم قام الباحثان ببناء نموذج للطب باستخدام بيانات متسلسلة زمنياً مأخوذة من مصادر في المملكة المتحدة بما في ذلك بيانات عن الكميات المطلوبة، والسعر (بالنسبة لأسعار أخرى في الاقتصاد) وكذلك الدخل، وقاما بتقدير منحنيات طلب مختلفة لكل مجموعة من السكان وما يرتبط بها من مرونة السعر، وقد تم حساب العبء الخاص بالضرائب لدى كل مجموعة.

## نشاط 4-3:

انظر الآن إلى النتائج التي حصل عليها كل من (بورين Borren، وساتون Sut-ton) (الجدول 4-2، والشكل 4-5) وضع في الاعتبار مدى تضمنها للسياسة، وحاول الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ماذا تعني الأرقام الموجودة في (الجدول 4-2)؟
2. ما هي المجموعات الأقرب للحد من التدخين بشكلٍ أكثر؟
3. ومن هم الأقرب لتحمل عبء المستويات الأعلى من الضرائب؟

## التغذية الراجعة:

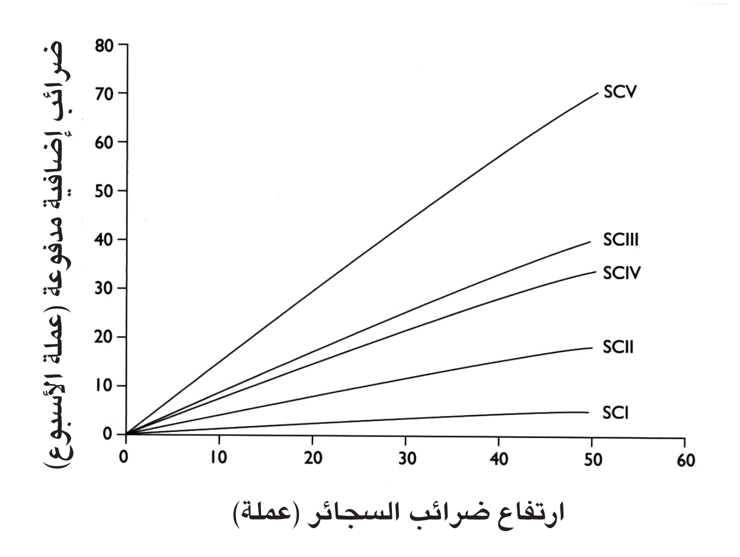
1. فيما يلي مرونة الأسعار الخاصة بالطلب لكل مجموعة طبقة/جنس، وبالنسبة لكل مجموعة هناك ثبات في مرونة سعر الطلب خلال منحنى الطلب لأن هذا هو الشكل الوظيفي الذي افترضه الباحثان.

**(الجدول 4-2): مرونة سعر الطلب للرجال (من 1961 - 1985) والنساء (من 1958 - 1987).**

| | طبقة *I* | طبقة *II* | طبقة *III* | طبقة *IV* | طبقة *V* |
|---|---|---|---|---|---|
| رجال | 0.69- | 0.48- | 0.84- | 0.89- | 0.31- |
| نساء | 1.04- | 0.93- | 0.65- | 0.85- | 0.45- |

*Source:* Borren and Sutton (1992).

نجد أن الأرقام الموجودة في الجدول التي تشير إلى نسبة المرونة، موضوع أمامها علامة السالب (–)، وهذا طبيعي تماماً حيث إنها تعكس حقيقة أن التغيير في الكمية المطلوبة يوجد في اتجاه معاكس للتغيير في الأسعار (ذلك أن انحدار منحنى الطلب يتجه إلى أسفل)، ومع ذلك، تذكر أنه طالما أن مرونة سعر الطلب دائماً ما تحمل علامة السالب، فقد طور الاقتصاديون عُرْفاً لإمكانية حذف هذه العلامة، وبالنسبة للأنواع الأخرى من المرونة، فإن العلامات يجب أن تشير دائماً بشكل ملائم لإيضاح اتجاه التغيير (وكذلك حجم التغيير).




**(الشكل 4-5): العبء الإضافي للضريبة التي تواجهها النساء في كل طبقة اجتماعية كنتيجة لزيادة الضريبة على السجائر.**

*ملاحظة:* SC= الطبقة الاجتماعية.

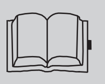
***Source:* Borren and Sutton (1992).**

2. لقد حصلت على هذه الإجابة مباشرة عن طريق «مرونة السعر»، وهذه المرونة مع الحجم الكبير، تشيران إلى النسبة المئوية الكبيرة للحد من التدخين المرتبطة بتغيير السعر كما إنها تشير إلى أن الرجال من الطبقات الاجتماعية 3، 4 والنساء من الطبقة 1، 2، 4 يكونون أكثر استجابة فيما يتعلق بالبنود، أو الشروط ذات الصلة، ومع ذلك، فإن هذه المجموعات لها نقاط بداية مختلفة في ضوء الاستهلاك المبدئي للتدخين، والنسبة المئوية الكبيرة للتغيير في مجموعة التدخين الأقل قد تشير إلى تغيير مطلق أقل في الاستهلاك مقارنة بنسبة مئوية صغيرة للتغيير في جماعة ذات نسبة تدخين أعلى.

3. تم استخدام هذا النموذج في التنبؤ بتزايد الأعباء الضريبية في المستويات الضريبية المختلفة بالنسبة لكل مجموعة، وفي (الشكل 4-5) التقديم لهذه التنبؤات بالرسم البياني بالنسبة للنساء، ويبدو أن الزيادة في مستوى الضريبة بالنسبة للسجائر سوف يزيد من الأعباء الضريبية في الطبقة الاجتماعية 5 أكثر من الطبقة الاجتماعية1، وقد توصل الباحثان إلى نتيجة ختامية أن سياسة فرض الضرائب على السجائر سياسة ضريبة تنازلية (تراجعية).

## دراسة الحالة 3: الضرائب والتعريفات الجمركية على شبكات منع الحشرات:

المقالة الموجودة أدناه مأخوذة عن سيمون وآخرين (Simon .et al 2002)، وتوضح كيفية استخدام مرونة السعر في الطلب لتقدير، أو تقييم تأثير الخفض في الضريبة، والتعريفة الجمركية على شبكات منع الحشرات المشتراه، ولوحظ أنه بسبب نقص الدليل على وجود مرونة في سعر الطلب بالنسبة لهذه السلعة، فإن الباحثان قد وضعا نموذجين يمثلان موقفين، الموقف الأول، وفيه يستجيب الطلب بشكل ضعيف للتغييرات التي تحدث في السعر (مرونة السعر في الطلب = 0.5) والآخر، حيث تكون الاستجابة أعلى (مرونة السعر في الطلب = 1.5).



إحدى الخطوات التي تم استخدامها في محاربة الملاريا هي إلغاء الضرائب والتعريفات الجمركية على استيراد شبكات السرائر المضادة للحشرات الطائرة مثل البعوض، أو الناموس، والمبيدات الحشرية، والشباك وأدواتها، مع وجود نظرة تخفيض أسعار تجارة التجزئة لشبكات السرائر المضادة للحشرات وبالتالي زيادة المنفعة منها، وفي هذا التقرير العلمي، نقوم بتطوير أسلوب لتحليل المدى الذي يصل إليه إصلاح التعريفات الجمركية والسياسة الضريبية المتوقّع لزيادة شراء هذه الشبكات..

وفي عام 2001، تم تخفيض التعريفات والجمركية والضرائب على المواد الخاصة بالشبكات من 40 % إلى 5 % والتعريفات الجمركية والضرائب على المبيدات الحشرية للاستخدام في الصحة العامة، والتي كانت 42 % قد أزيلت تماماً، وباستخدام التوليفة بين بيانات التكلفة الفعلية المقدمة من زملاء في نيجيريا، والتكاليف الاستدلالية اعتماداً على أسعار تجارة التجزئة المعروفة والهوامش، قدّرنا أن التخفيض في التعريفات والضرائب على المواد الخاصة بالشباك والمبيدات الحشرية سوف يؤدي إلى انخفاض 18 % في أسعار تجارة التجزئة، من 5.61 دولار إلى 4.61 دولار للشبكة الواحدة (الجدول 5). عند المرونة في سعر الطلب -0.5 سيكون هناك زيادة 9 % في مشتريات التجزئة، ومن

ناحية أخرى، إذا كانت مرونة السعر في الطلب 1.5، فإن مشتريات التجزئة سوف ترتفع بنسبة 27 %.

لقد وصلنا إلى نتيجة ختامية وهي أن إلغاء التعريفة الجمركية والضرائب يجب أن يؤدي إلي خفضٍ سعر التجزئة وأن التغيير في السعر يجب أن يُحدِث ارتفاعاً بسيطاً في سعر شراء الشبكة الواحدة في الدول النامية على المدى القصير، ومع ذلك، فإن ارتفاع النسبة المئوية في الطلب أقرب لأن تكون أصغر مقارنة بالنسبة المئوية لإلغاء التعريفات الجمركية والضرائب.

إن تغيير السياسة الذي تمت مناقشته هنا، له مقتضيات خاصة بالتمويل العام مثلها مثل الصحة العامة، فالإلغاء، أو النزول بالتعريفات الجمركية والضرائب يقلل من الدخل الحكومي، وإلغاء 25 % تعرفة جمركية على مبلغ 5 دولارات أمريكية لشبكة واحدة مستوردة على سبيل المثال، يكلف الحكومة بالتالي 1.25 دولاراً من دخل الضرائب لكل شبكة مستوردة، ومع ذلك فإن هذه الخسارة يمكن معادلتها بالتخفيض في تكلفة إدارة حالة الملاريا في المرافق الخاصة بالصحة العامة بسبب استخدام هذه الشبكات، وبشكل غير مباشر بالدخل الأعلى من الضرائب الذي يتم تحصيله من الأفراد الأكثر صحة، والمواطنين من ذوي الإنتاج الأعلى (26 سنة)، واهتمام الدولة مثل تغيير السياسة يجب أن يتم فيه تقييم المعادلات، أو المكافآت المالية الخاصة بالتمويل المالي العام.

لاحظ أن تخفيض التعريفات الجمركية والضرائب يمكن أن تساهم في توسعة استخدام هذه الشبكات المقاومة للحشرات، ومن الواضح بالنسبة للمثال القادم من نيجيريا أن عوائق استخدام هذه الشبكات تعتبر متنوعة، وكما تعلمنا من الفصل السابق، فإن الأسعار هي أحد محددات الطلب، وهناك عوامل أخرى تؤثر على استجابة سكان المنزل على المدى القريب بالنسبة لتخفيض أسعار هذه الشبكات، وهي تتضمن كل من المعتقدات الثقافية، والوقت من السنة، ووقت سفر الموردين، وما إلى ذلك.

**(الجدول 4-3): مثال للنموذجين 1 و 2 يوضحان تأثير إصلاح سياسة التعرفة الجمركية والضرائب على شراء شبكات منع الحشرات في نيجيريا.**

| سعر التجزئة لشبكة واحدة (بالدولار الأمريكي) | | |
|---|---|---|
| ***تكلفة الشبكة الواحدة*** | **المعدل السابق** | **المعدل الجديد** |
| سعر التوريد للشبكة (شبكة + إصلاح) | 4.74 | 3.74 |
| تكلفة الشحن المحلي | 0.10 | 0.10 |
| هامش سعر الموزع | 0.24 | 0.24 |
| هامش سعر تاجر الجملة | 0.25 | 0.25 |
| هامش سعر تاجر التجزئة | 0.27 | 0.27 |
| **سعر التجزئة** | **5.61** | **4.61** |
| **النتائج :** | | |
| التغيير في سعر التجزئة المرتبط بإصلاح التعرفة الجمركية والضريبة | %17.9 - | |
| التغيير في مشتريات التجزئة المرتبط بإصلاح التعرفة الجمركية والضريبة عندما تكون $(E)^c$=-0.5 | %8.9 | |
| التغيير في مشتريات التجزئة المرتبط بإصلاح التعرفة والضريبة عندما تكون (E)=-1.5 | %26.9 | |

حيث a تمثل التكلفة، أجرة الشحن، التأمين.

b تمثل قيمة الضريبة المضافة.

cE مرونة السعر في الطلب.

*Source:* Simon et al. 2000.

# الملخص:

تعلمت في هذا الفصل ماذا تعني «مرونة السعر في الطلب» وكيف تحسبها، كذلك تعلمت العلاقة بين المرونة وإجمالي الدخل، والعوامل التي تؤثر في مرونة الطلب، مثل الاقتراب من البدائل، وسعر التكملة، وحصة، أو نسبة الدخل الذي تم إنفاقه على السلعة، وأخيراً، رأيت بعض التطبيقات العملية لمفهوم المرونة وفائدتها في صنع القرار.



# الفصل الخامس

# العرض: الإنتاج في المدى البعيد والقريب

# Supply: production in the long and short run

## نظرة عامة:

تعلّمت الآن عن النظرية الاقتصادية للطلب، والطلب بالنسبة للرعاية الصحية، ففي هذا الفصل، والذي يليه، سوف تستمر في تعلّم النظرية الاقتصادية عن العرض وتطبيق هذه النظرية على العرض في الرعاية الصحية. فهذا الفصل يركز على العوائق التي يخضع لها المستهلك والعلاقة بين الدخل والإنتاج، وسوف تستخدم هذه النظرية عندئذ للنظر إلى الموضوعات الخاصة بالقياس في القسم الخاص باحتياطات الرعاية الصحية.

## الأهداف التعليمية:

بعد انتهاء العمل والقراءة في هذا الفصل، سوف تصبح قادراً على الآتي:

- تعريف مصطلح «الكمية المعروضة» (Quantity Supplied).
- تفسير متى يكون الإحلال أو التبديل هو الأفضل بين مدخلات الإنتاج.
- تعريف ما هو «الإنتاج الكافي» والإنتاج غير الكافي.

## المصطلحات الأساسية:

**النقص العائد (الغاية) للميزان:** الوضع الذي تكون عنده الزيادة النسبية في كل المدخلات، أقل من الزيادة النسبية للمخرجات (منتجات).

**المدخلات الثابتة:** أحد مدخلات الإنتاج والتي لا تختلف على المدى القصير،

والزمن الذي لا يستطيع عنده مدخل واحد أن يتغير بشكل فعلي، هو الذي يحدد المدى القصير لهذا المدخل.

**المدى الطويل:** هو إطار زمني لصناعة القرار، والذي خلاله يمكن أن تتغير جميع مدخلات الإنتاج.

**الناتج أو النتاج:** السلعة، أو الخدمة التي تأتي نتيجة عملية الإنتاج (في حالة الرعاية الصحية، أو هي الخدمات التي تم توزيعها).

**النتيجة:** هي تغيير في الحالة الصحيّة بسبب عمليات النظام (وفي سياق الخدمات الصحية، التغيير في الحالة الصحية كنتيجة للرعاية).

**وظيفة الإنتاج:** العلاقة الوظيفية التي تشير إلى الكيفية التي تتحول، بها المدخلات إلى ناتج، أو نتاج بأكفأ الطرق الممكنة.

**إمكانيات الإنتاج:** الحدود هي الجمع بين السلع التي يمكن إنتاجها وتلك التي لا يمكن إنتاجها بالموارد المتاحة.

**الرجوع إلى عامل:** مقياس الإضافة للناتج عند ارتفاع أحد عوامل الإنتاج.

**العودة إلى ميزان:** وهذا يقيس الإضافة للناتج كمقياس للعمليات التي تزيد على المدى الطويل حتى يمكن لكل المدخلات أن تتنوع.

**المدى القصير:** هو إطار زمني لصناعة القرار، والذي من خلاله لا يمكن لمدخل واحد على الأقل أن يتغيَّر (المدخل الثابت ـ انظر أعلاه).

**الكفاية أو الكفاءة التقنية (الميدانية):** هي النقطة التي عندها لا يستطيع المنتج إنتاج ناتج، أو نتاج أكثر دون استخدام مدخول واحد على الأقل.

**مدخول المتغيّر:** هي مدخلات إلى العملية الإنتاجية التي تتنوع مباشرة مع مستوى الناتج.

## تحليل العرض:

يستخدم تحليل العرض في اختبار سلوك الشركات (أو المنتجين) التي تتراوح بين الشركات الكبيرة إلى المورِّد الوحيد سواء في القطاع العام، أو الخاص والعرض هو الرغبة والقدرة على بيع أي سلعة وكل سعر خلال فترة زمنية محددة، وتعتمد على

عدد من العوامل التي تؤثر في العلاقة بين المدخلات والناتج، أو النتاج (وظيفة الإنتاج) والتكلفة الخاصة بإنتاج هذا الناتج.

## حدود وإمكانيات الإنتاج:

يعرّف الناتج أو النتاج على أنه السلع التي تم إنتاجها من خلال عمليات الإنتاج، وحيثما كان الهدف النهائي من الرعاية الصحية هو الصحة الجيدة، فإنه يكون من الصعب تعريفه وقياسه، والخليط بين *الناتج* والنتيجة المتوقعة من عملية الرعاية الصحية، تعنى أن العلاقة بين المدخلات *والنتيجة* علاقة معقدة. وبشكل تقليدي، فإن المخرجات الوسيطة تستخدم في الكشف عن الإنتاج والعرض في الرعاية الصحية (عمليات التطعيم التي تم تنفيذها، عمليات تبديل المفاصل أو زراعة الكلى، التي تم إجراؤها)، ورغم أن هذه المقاييس لا تقدم النتيجة الصحيّة، ولا حتى تستطيع تحديد مخرجات، أو نتائج مثل الدعم الذي يقدمه العاملون المهنيون في المهمة الطبية، فإنها لاتزال مهمة في المساعدة على فهم موضوع الكفاية، أو الكفاءة في علاقتها بمجال الخدمات الصحية.

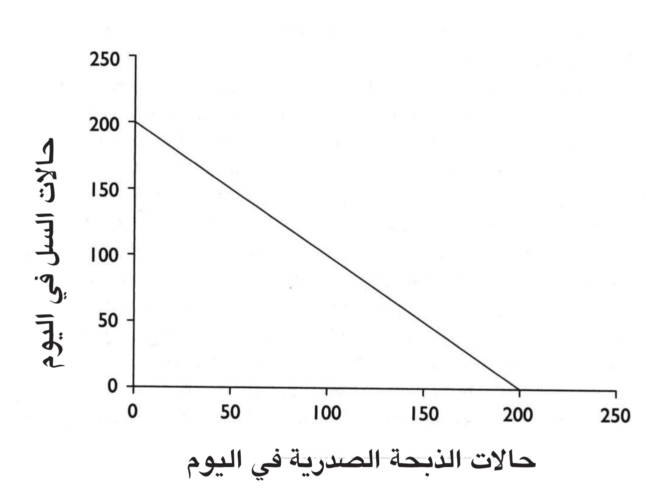
في الفصل الأول، تعلَّمت بعض مفاهيم الاقتصاد الأساسية مثل، تكلفة الفرصة، والندرة، وهذه المفاهيم لها أهمية في اتخاذ قرارات التخصيص للموارد، ومتى يتخذ المنتجين ومقدمي الخدمات الصحية القرارات الخاصة بالتزويد، وحدود إمكانيات الإنتاج هي وسيلة، أو أداة يستخدمها الاقتصاديون في إيضاح التركيبات الخاصة بالناتج، والتي تكون ممكنة التحقيق باستخدام قائمة محدودة من الموادر.

ولنضع في الاعتبار أن هناك مستشفى تقدم نوع من الرعاية الجوَّالة للمرضى المصابين بمرض السلّ، أو الذبحة الصدرية، فدعنا نفترض الآتي:

- المدخل الوحيد هو وقت التمريض.
- الاستشارات الخاصة بكل من السل والذبحة الصدرية لها المدة الزمنية نفسها.
- من خلال قوة العاملين الموجودة حالياً، فإن الحد الأقصى لعدد الاستشارات في اليوم يصل إلى 200.

(الشكل 5-1) يوضح كيف يمكن أن يكون شكل حدود إمكانيات الإنتاج في المستشفى التي نتحدث عنها، وفي هذا المثال فإن الخط المستقيم يمثل حدود إمكانيات الإنتاج ونجد أقصى نستطيع القيام بـ 200 استشارة في اليوم بغض النظر عن كيفية إعطاء الأولوية لأي من الشرطين، والعلاقة الخطية المستقيمة تتضمن أن ننقل

ممرضة من الإشراف على مرض معين إلى مرض آخر ليس له تأثير على الرقم الكليّ للاستشارات، وبحد أقصى يوضح الرسم أنه يمكن إجراء عدد 200 استشارة سواء لمرض السل، أو الذبحة الصدرية.

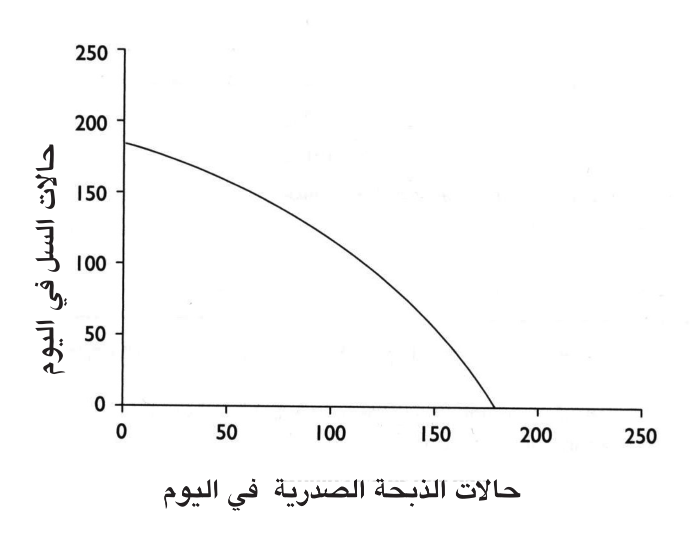



**(الشكل 5-1): حدود إمكانيات الإنتاج في مستشفى (الخط المستقيم).**

ولنفترض أنه، بدلاً من أن بعض الممرضات لديهن مهارات تؤكد أن أفضل في الاستشارات بمرض السل TB (يستطعن الانجاز بشكل أفضل خلال مدة زمنية معينة) وأن الأخريات أفضل في إنجاز ذلك مع الذبحة الصدرية، وفي مثل هذه الظروف، فإن تحويل ممرضة متخصصة في علاج الذبحة الصدرية من مجموعة السل إلى مجموعة الذبحة الصدرية يزيد من الناتج، أو المحصلة، وحدود إمكانيات الإنتاج في هذه الحالة، نجده موضحاً في (الشكل 5-2)، والحد نجده الآن في شكل مُقَعَّر بالنسبة للأصل، بدلاً من أن يكون مستقيماً.

ذلك هو الشكل الذي نتوقعه أصلاً لحدود إمكانيات الإنتاج، طالما أن هذه هي الحال التي تكون فيها الموارد غير منتجة بشكل متعادل في كل الأنشطة، وعندما نقوم بالزيادة التدريجية في مستوى ناتج معين، ففي كل علاوة إضافية يجب علينا أن نستخدم الموارد الأقل والأقل ملاءمة (الأقل إنتاجية)، وفي ضوء (الشكل 5-2)، فإن هذا يعني أنه إذا تم وضع الممرضات طبقاً للتخصص فسوف يصبحن قادرات على إنتاج أكثر من 200 استشارة، على سبيل المثال، في كل ما يقرب من 100 حالة استشارة للذبحة الصدرية، يمكن إنجاز 120 حالة استشارة في مرض السل، بما

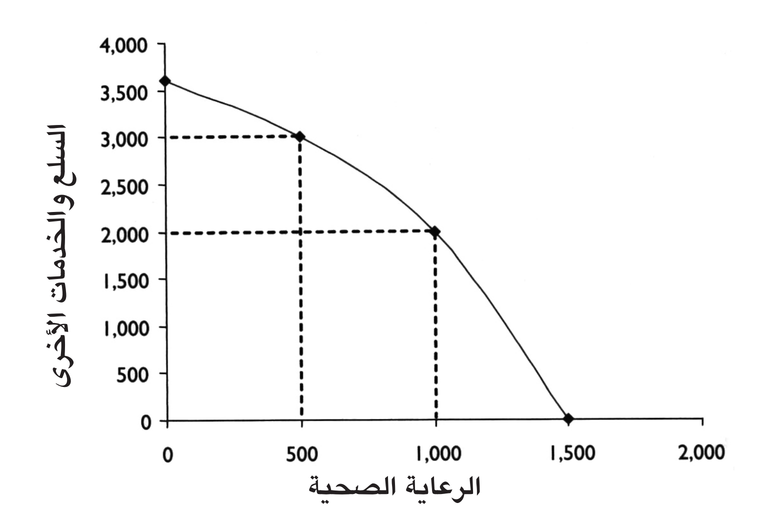
يعني انجاز عدد 220 حالة استشارة تقريباً في اليوم الواحد، ومع ذلك، فإن وضع كل الممرضات في استشارات مرض السلّ، يعني أن بعض الممرضات المتخصصات في الذبحة الصدرية لن يصبحن قادرات على إنتاج حالات تتميز بالكفاءة كما هو الحال بالنسبة لاستشارات مرضى السل، وبذلك سيكون عدد الاستشارات الطبية لديهن أقل في اليوم الواحد، وهذا يؤدي إلى إنجاز حالات أقل من 200 حالة في اليوم.




**(الشكل 5-2): حدود إمكانيات الإنتاج في مستشفى (الخط المقعّر).**

(والشكل 5-3) يوضح «حدود إمكانية الإنتاج» في اقتصاد مفترض، ويوضح الشكل البياني الإنتاج في الرعاية الصحية نسبة لكل الأشياء الأخرى في الاقتصاد، والكفاءة التقنية (كما قرأت في الفصل الأول، حيث يتم إنجاز ناتج معين بأقل المدخلات، يحتاج لأن نكون عند نقطة لا نستطيع عندها زيادة ناتج معين دون أن نقلل، أو نحدّ من ناتج آخر ـ طالما أن «حدود إمكانية الإنتاج» تمثل نقاط الكفاءة التقنية بالتعريف، وكما في (الشكل 5–2)، فإن كل نقطة على حدود إمكانيات الإنتاج في (الشكل 5-3) تمثل مستوى كفاءة تقنية الإنتاج. بدلاً من إيضاح عملية المقايضة بين الاستشارات الخاصة بكل من السلّ والذبحة الصدرية، كما في (الشكل 5-2)، نجد أن (الشكل 5-3) يوضح المقايضة بين إنتاج الرعاية الصحية في مقابل أي شيء آخر في الاقتصاد (مثل تكلفة الفرصة للرعاية الصحية)، وهكذا فإنه في ضوء (الشكل 5-3) نجد إن تكلفة الفرصة

الخاصة بالرعاية الصحية من صفر – 500 وحدة والفائدة من 600 وحدة (3600 – 3000) للسلع الأخرى (الطعام – التعليم – النقل) التي يجب أن نستغني عنها لكي نحققها، ولاحظ من (الشكل 5-3) أنه كلما استمرينا في زيادة كمية الرعاية الصحية فإن تكلفة الزيادة في كل 500 وحدة تصبح أكبر وأكبر.




**(الشكل 5-3): حدود وإمكانيات الإنتاج بالنسبة للاقتصاد.**

## نشاط 5-1:

من أجل زيادة المعرفة بالمفاهيم التي تم شرحها الآن، حاول الإجابة عن الأسئلة التالية:

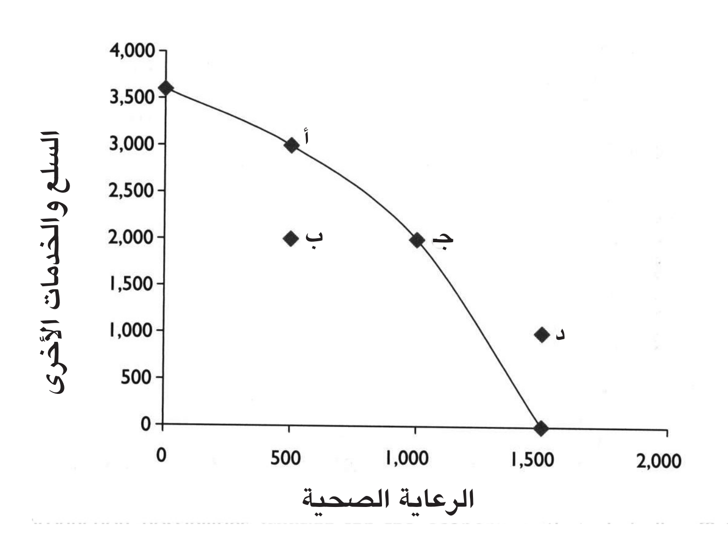
1. أي النقاط الموجودة في (الشكل 5-4) (أ، ب، ج) تشير إلى الآتي:
   (أ) الكفاءة التقنية؟
   (ب) عدم الكفاءة التقنية؟
   (ج) غير عملي؟
2. ما هي تكلفة الفرصة في زيادة الرعاية الصحية من 500 إلى 1000 وحدة؟
   (أ) البداية من النقطة أ؟

(ب) البداية من النقطة ب؟ (هذا ليس سؤالا سهلاً!).

3. وضِّح على (الشكل 5-4) أشياء أخرى تظل كما هي، ماذا تعتقد سوف يحدث بالنسبة لحدود إمكانية الإنتاج (PPF) إذاً:

(أ) كان هناك نقص في حجم السكان أو

(ب) كان هناك تحّسن في التقنيات الصحية.




**(الشكل 5-4): حدود وإمكانيات الإنتاج بالنسبة للاقتصاد. مع الكفاءة التقنية والكفاءة غير التقنية والإنتاج غير العملي.**

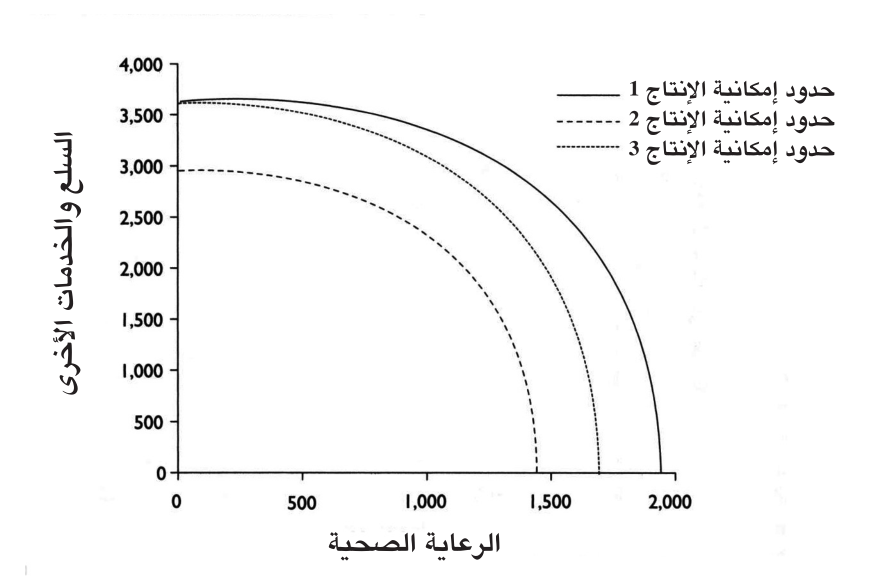
## التغذية الراجعة:

1. (أ) تمثل النقطتان أ و ب كفاءة تقنية لأنهما تقعان تماماً على حدود إمكانيات الإنتاج، بحيث أنك لا تستطيع زيادة أحد المخرجات، أو النواتج دون أن تقلل من أخرى.

(ب) النقطة ب تمثل عدم كفاءة تقنية لأنها تقع خلال حدود إمكانيات الإنتاج وهذا يعني وجود سعة زائدة، وإذا كانت هناك زيادة في ناتج الرعاية الصحية، فلن تكون هناك حاجة لوجود نقص، أو تخفيض في ناتج السلع والخدمات الأخرى.

(ج) النقطة جـ ليست عملية أو ملائمة في وجود التقنيات الحالية حيث إنها تقع خارج نطاق حدود إمكانيات الإنتاج.

2. تكلفة الفرصة بالنسبة لزيادة 500 وحدة من الرعاية الصحية من النقطة أ هي الفائدة المرتبطة بعدد 1000 وحدة من السلع والخدمات الأخرى التي يجب التخلي عنها من أجل تحقيقها، وإذا كان هناك تحرك من النقطة ب إلى النقطة ج فإن التكلفة تكون صفراً طالما أن إنتاج سلع وخدمات أخرى لا يحتاج للتخفيض، ومع ذلك، فإن تكلفة الفرصة مازالت في الحقيقة تبلغ 1000 وحدة من السلع والخدمات الأخرى، وذلك لأن التحرك من ب إلى جـ يجعل المجتمع يفتقد الفوائد التي كان يمكن أن يجنيها بواسطة التحرك من ب إلى أ بدلاً من ذلك (بافتراض أن النقطة أ هي البديل الأفضل للنقطة ج).




**(الشكل 5-5): حدود إمكانيات الإنتاج بالنسبة للاقتصاد ـ تحركات إمكانية الإنتاج.**

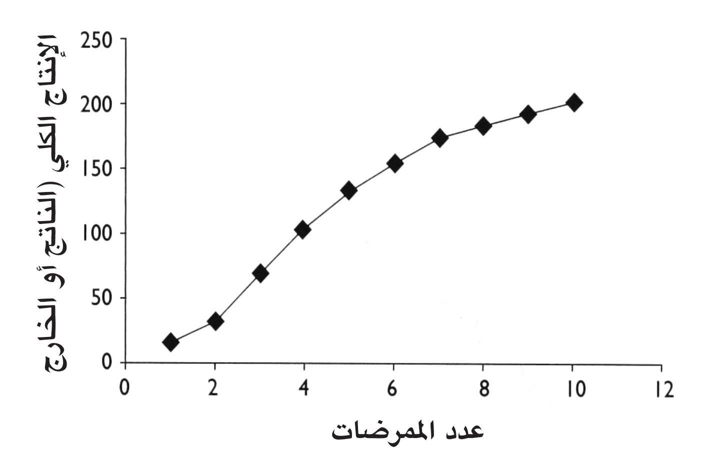
3. تعتبر العمالة مدخلاً مهماً في إنتاج جميع السلع والخدمات، وخاصة الصحة، وإن نقص حجم العمالة سوف ينتج عنه انخفاض كمية الإنتاج العملي، ومن ثم فإن حدود إمكانيات الإنتاج تتجه نحو الأصل (انظر حدود إمكانيات الإنتاج 2 في الشكل 5–5). إن التحسن في تكنولوجيات الصحة يعني أن هناك الكثير الذي

يمكن إنتاجه من خلال قائمة معينة من الموارد، ومن ثم، فإن ذلك سوف يتحرك بمؤشر حدود إمكانيات الإنتاج نحو الخارج (انظر حدود إمكانيات الإنتاج 3 في الشكل 5-5)، لاحظ أنه بتطبيق تحسينات تكنولوجية على الرعاية الصحية فقط، فإن أقصى مستوى للمنتجات غير الصحية لا تتغير، حتى أن حدود إمكانيات الإنتاج تخترق وتتعدى المحور Y عند نفس النقطة الموجود فيها حدود إمكانيات الإنتاج.

والمتضمنات المهمة في هذا التحليل هي:

- إذا كان هناك نظام لا يتميز بالكفاءة التقنية، عندئذ يكون من الممكن إنتاج سلع وخدمات أكثر، ومن ثم تكون هناك رفاهية أكثر مع الموارد الحالية.
- إذا كان النظام يتم تشغيله على مستوى من الكفاءة التقنية وعندئذ لكي تزيد من الكمية المنتجة من سلعة واحدة، فعليك أن تخفض الكمية المنتجة من سلعة أخرى. هذه المقايضة هي تكاليف الفرصة.
- والطريقة الأخرى الوحيدة التي يمكن مِنْ خلالها إنتاج سلع أكثر من كل منتج، إذا كان هناك تحسن في التقنية مثل إمكانية زيادة الناتج بنفس كمية الموارد، أو إذا كانت هناك زيادة في كمية الموارد المتاحة (مثل أن يكون هناك زيادة في حجم السكان).

الآن دعنا ننظر إلى عملية الإنتاج في الرعاية الصحية بمزيد من التفاصيل، وسوف تنظر إلى هذا من خلال إطارين مختلفين لصنع القرار، مميزة بواسطة التنوع في المدخول إلى عملية الإنتاج، وعلى *المدى الطويل* فإن كل الداخل إلى عملية الإنتاج يمكن أن يتنوع، وعلى *المدى القصير* هناك حدود لهذا، لأن الداخل يكون ثابتاً، على سبيل المثال، فإن *الدواخل الثابتة* تتضمن استثمارات مثل مباني المستشفيات أو أجهزة الأشعة، وهذه الدواخل ثابتة لا تتنوع مع مستوى الناتج. أما *الدخول المتغيرة*، على العكس من ذلك، تتنوع مع تنوع مستوى الناتج أو الخارج (مثل الأفلام الخاصة بالأشعة السينية، والسرنجات، والأبر الخاصة بالحقن، والوقت الخاص بعمل الموظفين)، وعلى المدى القصير، فإن المتغيرات الخاصة بالدواخل فقط هي التي يمكن استبدالها.




**(الشكل 5-6): وظيفة الإنتاج للخدمات التمريضية في المجتمع (مشكلة).**

## الإنتاج على المدى القصير:

لنفترض أنك مدير لأحد أجهزة خدمة التمريض في منطقة ريفية، وتقوم بتنفيذ دراسة مسحية للوقوف على الكيفية التي يتغير بها الناتج بالنسبة لعدد الممرضات العاملات، وأنت لهذا تقوم بحساب الناتج المرتبط بكل مستوى تمريض وتَخُطُه في رسم بياني (الشكل 5–6)، وفي هذا الرسم يتم وضع الداخل في مقابل الخارج، أو الناتج وهو ما يعرف بو*ظيفة الإنتاج*، والممرضات ليست هي المدخل الوحيد في هذه الوظيفة الإنتاجية، وأنت كمدير لديك كذلك سيارتان للسفر عبر البلدان داخل الوطن وهي تحت تصرفك، وفي نهاية العام، فإن وزير الصحة قد يقدم أو يزودكم بالمزيد من السيارات، أو إعادة تعيين، السيارتين اللتين لديك من قبل.

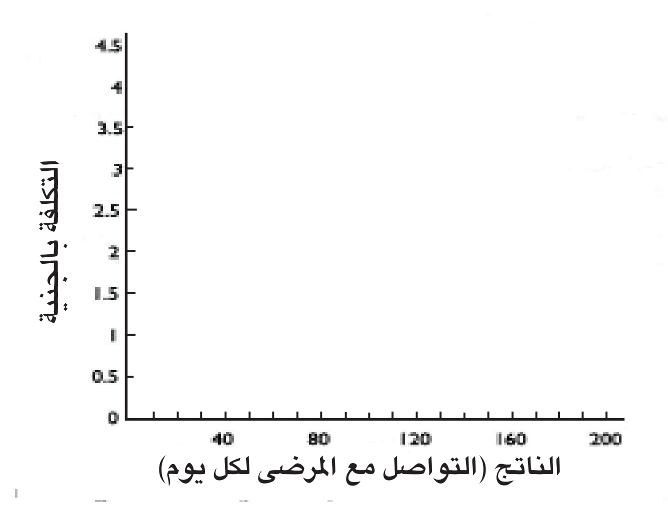
أنت الآن تستطيع التأثير فقط في عدد المرضى الذين تم التعامل معهم بواسطة تنويع أوقات عمل التمريض، ومن ثم فإن السيارات تمثل تكلفة ثابتة وتمثل الممرضات تكلفة متغيّرة، ويوضح (الجدول 5-1) وظيفة الإنتاج الكلي على المدى الزمني القصير للخدمة الخاصة بك، إنها توضح إجمالي المنتج (في ضوء التواصل مع المرضى كل يوم العمود رقم 2) الممكن تحقيقه باستخدام السيارتين (إجمالي التكلفة الثابتة ـ العمود رقم 5). بالنسبة لأعداد مختلفة من الممرضات (العمود رقم 1)، وكذلك فإنها توضح المنتج الحدّي (الهامشي) (العمود رقم 3)، وذلك هو الناتج الإضافي الذي تم تحقيقه لكل مدخل إضافي (كل ممرضة إضافية).

**(الجدول 5-1): وظيفة الإنتاج على المدى القصير في مجتمع لخدمات التمريض.**

| عدد المرضات | المنتج الإجمالي | المنتج الحدّي | إجمالي تكلفة المتغيّر | إجمالي تكلفة ثابتة (تكلفة السيارات) | تكلفة إجمالية | متوسط التكلفة الكلية |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 15 | 15 | 30 | 50 | 80 | 5.33 |
| 2 | 30 | 15 | 60 | 50 | 110 | 3.67 |
| 3 | 70 | 40 | 90 | 50 | 140 | 2 |
| 4 | 100 | 30 | 120 | 50 | 170 | 1.7 |
| 5 | 130 | 30 | 150 | 50 | 200 | 1.54 |
| 6 | 150 | | | | | |
| 7 | 170 | | | | | |
| 8 | 180 | | | | | |
| 9 | 190 | | | | | |
| 10 | 200 | | | | | |

## نشاط 5-2:

1. أكمل عمود المنتج الحدّي في (الجدول 5-1)، فقد تم البدء في الجدول من أجلك، هل هناك عوائد متناقصة مرتبطة بزيادة عدد المرضات؟ (هل العدد الحدّي للتواصل مع المرضى يومياً بالنسبة لكل ممرضة يتناقص مع زيادة عدد المرضات؟) وما الذي يمكن أن يفسر هذه العلاقة؟
2. نفترض أن ممرضة تتقاضى 30 جنيه استرليني عن اليوم الواحد وأن تكاليف السيارة الواحدة في اليوم 25 جنيه استرليني، ونفترض أنه لا توجد تكاليف أخرى، احسب إجمالي تكاليف المتغير (عدد المرضات × تكلفة كل ممرضة)، وإجمالي التكاليف الثابتة (عدد السيارات × تكلفة السيارة الواحدة) والتكلفة الإجمالية (إجمالي تكلفة المتغيِّر + إجمالي التكلفة الثابتة) والموجودة في أعمدة الجدول، وقد وضعنا البدايات لهذه الحسابات لإجلك في الجدول.
3. انتهى من حساب متوسط التكلفة الإجمالية (التكلفة الإجمالية/ المنتج الإجمالي)، وضع مكاناً لمتوسط التكلفة في مقابل إجمالي الناتج في (الشكل 5-7).
4. اشرح الشكل الموجود عليه منحنى متوسط التكلفة على المدى القصير.




**(الشكل 5-7): منحنى متوسط التكلفة على المدى الزمني القصير (مشكلة).**

## التغذية الراجعة:

1. المنتج الحديّ هو المنتج الإجمالي ذو الصلة مع العدد × من المرضات ناقص المنتج الإجمالي مع ممرضة واحدة أقل، وبالنسبة للممرضة الثالثة يكون 70–30 = 40، والباقي موضح في (الجدول 5-2).

يبدأ المنتج الحدي من 15 ويزيد إلى 40 ثم يتناقص بالتدريج إلى عدد 10 زيارات إضافية في اليوم، ومن هذا، فإنك تستطيع القول بأن هناك زيادة في العوائد الحدية بما أن عدد الممرضات قد زاد إلى 3، ومع وجود زيادة في عدد الممرضات أكثر من 3، يكون هناك تناقص في العوائد الحدية مع ذلك، وهذا يعطينا إشارة عن إنتاجية كل ممرضة زيادة تم توظيفها في مجال التواصل مع المرضى يومياً، ولكنه لا يخبرنا بشيء عن عدد الممرضات اللاتي يجب توظيفهن، وهذا يعتمد على العلاقة بين متوسط وحدّ أو هامش المنتج مثله في ذلك مثل باقي العوامل بما في ذلك التكلفة، ويمكن تفسير العوائد المتزايدة بسبب تخصص التمريض، فربما بواسطة 3 ممرضات، كل واحدة منهن تستطيع زيارة قرية، أو ربما كل ممرضة يمكن أن تتخصص في المجال الخاص بمرض معين، وتراجع العائد يمكن تفسيره عن طريق الانتشار الجغرافي، وكل مرة يتم فيها إضافة ممرضة يكونٍ عليهم أن يسافروا بعيداً أكثر وأكثر لعلاج المزيد من المرضى وعليهم قضاء مزيداً من الوقت في السفر فيكون لديهم وقت أقل لمقابلة المرضى ومن ثم يتلاشى المنتج الحدي.

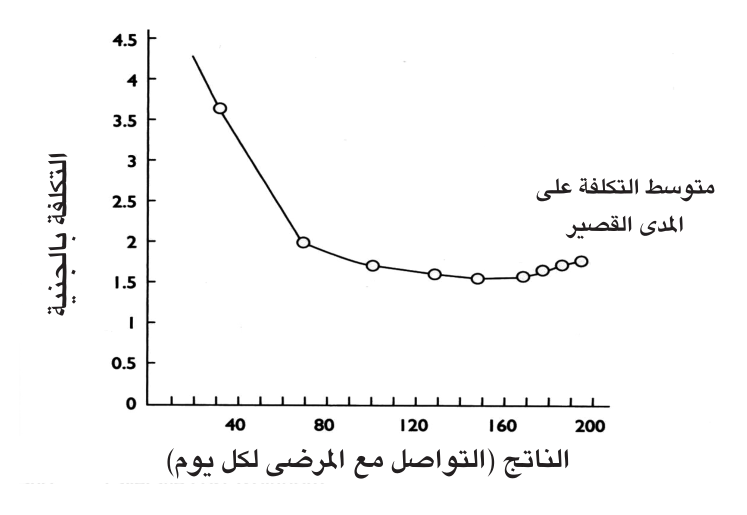
**(الجدول 5-2): وظيفة الإنتاج على المدى القصير في مجتمع لخدمات التمريض (حل).**

| عدد المرضات | المنتج الإجمالي | المنتج الحدّي | إجمالي التكاليف المتغيّرة | إجمالي التكاليف الثابتة (تكاليف السيارات) | التكلفة الإجمالية | متوسط التكلفة (إجمالي) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 15 | 15 | 30 | 50 | 80 | 5.33 |
| 2 | 30 | 15 | 60 | 50 | 110 | 3.67 |
| 3 | 70 | 40 | 90 | 50 | 140 | 2 |
| 4 | 100 | 30 | 120 | 50 | 170 | 1.7 |
| 5 | 130 | 30 | 150 | 50 | 200 | 1.54 |
| 6 | 150 | 20 | 180 | 50 | 230 | 1.53 |
| 7 | 170 | 20 | 210 | 50 | 260 | 1.53 |
| 8 | 180 | 10 | 240 | 50 | 290 | 1.61 |
| 9 | 190 | 10 | 270 | 50 | 320 | 1.68 |
| 10 | 200 | 10 | 300 | 50 | 350 | 1.75 |

2. التكلفة المتغيرة عبارة عن عدد المرضات مضروباً في 30 جنيه وبالنسبة لعدد 2 ممرضة (2× 30 جنيهاً استرلينياً = 60 جنيهاً استرلينياً)، والتكلفة الثابتة هي عدد السيارات 2 × 25 جنيهاً استرلينياً = 50 جنيهاً استرلينياً، والتكلفة الإجمالية هي التكلفة الثابتة + التكلفة المتغيِّرة، وبالنسبة لعدد 2 من المرضات فإن التكلفة الإجمالية 50+60 = 110 جنيهاً استرلينياً، وأنواع التكلفة الأخرى موجودة في (الجدول 5-2).
3. متوسط التكلفة هو التكلفة الإجمالية مقسمة على المنتج الإجمالي، وبالنسبة لعدد 2 من المرضات فإن متوسط التكلفة 110 ÷ 30= 3.67 جنيه استرليني، والنتائج الأخرى موجودة في (الجدول 5-8)، والمنحنى مرسوم في (الشكل 5-8).
4. المنحنى الخاص بمتوسط التكلفة على المدى القصير يأخذ شكل حرف U (وهذا المنحنى ينحدر في البداية ثم يأخذ تدريجياً شكل متساو وبعدها يبدأ في الارتفاع)، ومنحنى متوسط التكلفة الهابط في البداية يمكن تفسيره بواسطة عاملين:

- زيادة العوائد بالنسبة للممرضات (وهذا يتضمن انخفاض في متوسط التكاليف المتغيرة عندما يرتفع الناتج).
- انتشار التكاليف الثابتة على ناتج أكبر ـ على سبيل المثال، عندما يكون متوسط التكلفة الثابتة 1.67 جنيه استرليني ويكون الناتج 30، ولكنه يكون فقط 0.50 جنيه استرليني عندما يكون الناتج 100 جنيه استرليني .

ويتناقص متوسط التكلفة الثابتة باستمرار كلما ارتفع الخارج، أو الناتج، ومع ذلك، فإن العوائد المتزايدة للممرضات تعطي طريقا للعوائد المتلاشية أو المتناقصة، وهذا يتضمن زيادة في متوسط التكاليف المتغيرة، وفي الواقع، فإن الزيادة في التكلفة المتغيرة تتعدى أو تزيد عن النقص في متوسط التكاليف الثابتة، وعند هذه النقطة يبدأ منحنى متوسط التكلفة في الارتفاع.




(الشكل 5-8): متوسط التكلفة على المدى القصير.

## الإنتاج على المدى الطويل:

سوف تتعرف الآن على «الإنتاج على المدى الطويل»، تخيل أنك الآن في نهاية السنة المالية، وكمدير لإدارة خدمات التمريض فأنت مطالب بتقييم إمكانياتك من أجل زيادة المنتج الإجمالي. وذلك حتى تتمكن وزارة الصحة من تقييم المتطلبات الرأسمالية للسنة التالية، وأنت تقوم مع العاملين في جهاز التمريض الذي تديره، بتقييم إمكانيات الإنتاج لديك حتى تكون كما هو موضح في (الجدول 5-3).

ويوضح الجدول أقصى إنتاج تم تحقيقه بالنسبة لمجموعة متكاملة من المدخلات، وسوف ترى على سبيل المثال أن الصف الثالث (2 سيارة) يوضح نفس المعلومات التي هِي موجودة في العامود الثاني في (الجدول 5-1)، وتركيزك هنا سوف يكون تأكيداً أن الخدمة «*ذات كفاءة من الناحية التقنية*» مما يعني أنه لن توجد أحد المدخلات التي ستتعرض للنقص دون نقص، أو هبوط أيضاً في الناتج أو المخرجات.

**(الجدول 5-3): المنتج الإجمالي (التواصل مع المرضى في اليوم الواحد) (مشكلة).**

| سيارة | ممرضة | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| صفر | 5 | 10 | 15 | 20 | 22 | 24 | 26 | 28 | 29 | 30 |
| 1 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 45 | 60 | 75 | 90 | 100 |
| 2 | 15 | 30 | 70 | 100 | 130 | 150 | 170 | 180 | 190 | 200 |
| 3 | 15 | 30 | 100 | 150 | 180 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |
| 4 | 15 | 30 | 100 | 180 | 195 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |
| 5 | 15 | 30 | 100 | 180 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |

## نشاط 5-3:

ظلل البنود غير ذات الكفاءة التقنية الموجودة في (الجدول 5-3).

## التغذية الراجعة:

هنا تركيبات، أو تجميعات متعددة من السيارات، والممرضات والتي تعتبر بغير كفاءة من الناحية التقنية، على سبيل المثال، وجود 7 ممرضات مع 3 سيارات غير كفء من الناحية التقنية، لأنك تستطيع تقليل عدد الممرضات إلى 6 ممرضات، وما يزاللديك إجمالي إنتاج بمعدل 200 زيارة للمرضى في يوم واحد، فإن الجمع بين 6 ممرضات، وعدد 4 سيارات يعتبر غير كفء من الناحية التقنية لأنك يمكنك تقليل عدد السيارات إلى 3 وما يزال عندك إجمالي منتج 200 زيارة في اليوم، والتركيبات أو التجميعات غير ذات الكفاءة التقنية، تجدها في المربعات المظللة في (الجدول 5-4).

وهناك اعتباراً آخر سوف يكون لديك كونك مديراً، ألا وهو الدخل الذي اكتسبته بالنسبة لكل زيادة متعاقبة في المدخلات، هل العائد ثابت أم أنه يتنوع بالنسبة للحجم العام للخدمة؟

**(الجدول 5-4): المنتج الإجمالي (التواصل مع المرضى في اليوم الواحد) (حل).**

| سيارة | ممرضة | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| صفر | 5 | 10 | 15 | 20 | 22 | 24 | 26 | 28 | 29 | 30 |
| 1 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 45 | 60 | 75 | 90 | 100 |
| 2 | 15 | 30 | 70 | 100 | 130 | 150 | 170 | 180 | 190 | 200 |
| 3 | 15 | 30 | 100 | 150 | 180 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |
| 4 | 15 | 30 | 100 | 180 | 195 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |
| 5 | 15 | 30 | 100 | 180 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |

يشير مصطلح *«الرجوع إلى عامل»* إلى الإضافة للناتج بواسطة زيادة *عامل واحد*، وعلى الجانب الآخر، يشير *مصطلح العودة إلى المقياس (الميزان)* إلى الإضافة إلى الناتج أو المخرجات التي تم الحصول عليها عن طريق زيادة *كل العوامل* بالنسبة نفسها، ويتحدث الناس عن الرجوع إلى العامل في المدى الزمني القصير، لأنه على الأقل يكون هناك عامل واحد ثابت، والعائد إلى ميزان ظاهرة على المدى الطويل لأنه فقط في حالة المدى الزمني الطويل يمكن لكل العوامل أن تزيد بالتناسب.

إن زيادة العوائد لميزان يمكن تفسيرها بنفس الطريقة الموجودة في زيادة أو ارتفاع العوائد بالنسبة لعامل واحد ـ بواسطة تحسين أقسام العمالة وزيادة التخصص، وعلى المدى الطويل توجد عوائق وحواجز أقل على التخصص لأن كمية من العوامل تكون متغيرة، ومن ثم قد يكون هناك عوائد متزايدة للميزان على مختلف المستويات حيث يكون هناك عوائد منخفضة بالنسبة لعامل معين. وانخفاض العوائد بالنسبة لميزان فيتم تفسيرها غالباً بواسطة الصعوبات الموجودة في إدارة وتناسق كل القرارات التي في حاجة إلى اتخاذها لإدارة مؤسسة أو منظمة كبيرة.

## نشاط 5-4:

(الجدول 5–5) فيه مقارنة بين إجمالي الناتج المرتبط بسيارة واحدة وممرضة واحدة، مع ذلك الخاص بسيارتين واثنتين من الممرضات، وهكذا، هل هناك عائد ثابت للقياس؟ وماذا يفسر الإطار الذي لاحظته؟

(الجدول 5-5): عوائد الميزان.

| تجمعات المدخلات | المنتج الإجمالي | منتج إضافي |
|---|---|---|
| 1.5 | 15 | 15 |
| 2.2 | 30 | 15 |
| 3.3 | 100 | 70 |
| 4.4 | 180 | 80 |
| 5.5 | 200 | 20 |

## التغذية الراجعة:

الناتج المضاف بواسطة ممرضة واحدة، وسيارة واحدة 15 زيارة (انظر الجدول 5–5) فإذا أضفنا ممرضة أخرى، وسيارة أخرى فسوف نحصل على 15 زيارة أخرى، وأعلى من ذلك المدى يمكنك أن تقول أن هناك عوائد ثابتة للقياس، وعندما تضيف ممرضة أخرى وسيارة أخرى، يمكنك الحصول على عدد 70 زيارة إضافية، فالزيادة في الناتج أكبر في النسبة من الزيادة في المدخلات، وهذا يعني وجود زيادة في العوائد للميزان، وإذا فعلت ذلك مرة ثانية قد تحصل على المزيد (80 زيارة)، ولكن فيما بعد، فإن الناتج الإضافي من ممرضة واحدة وسيارة واحدة 20 زيارة، وعلى ذلك فإن هناك نقص، أو انخفاض في العائد إلى الميزان، وهذا يمكن تفسيره بالانتشار الجغرافي للسكان، وحقيقة أن السكان وبالتالي الناتج يكون محدوداً.

## نشاط 5-5:

الآن انظر إلى الشكل البياني الموجود في (الشكل 5-10) والمأخوذ عن «ونسنج وآخرين، (Wensing et al 2006)، والمدخلات (عبارة عن الساعات التي يقضيها الممارس العام مع المرضى) موضوعة في الرسم البياني في مقابل حجم الممارسة (عدد المرضى المسجلين). بماذا يخبرنا الرسم البياني عن عوائد القياس الخاصة بممارسات الممارس العام؟

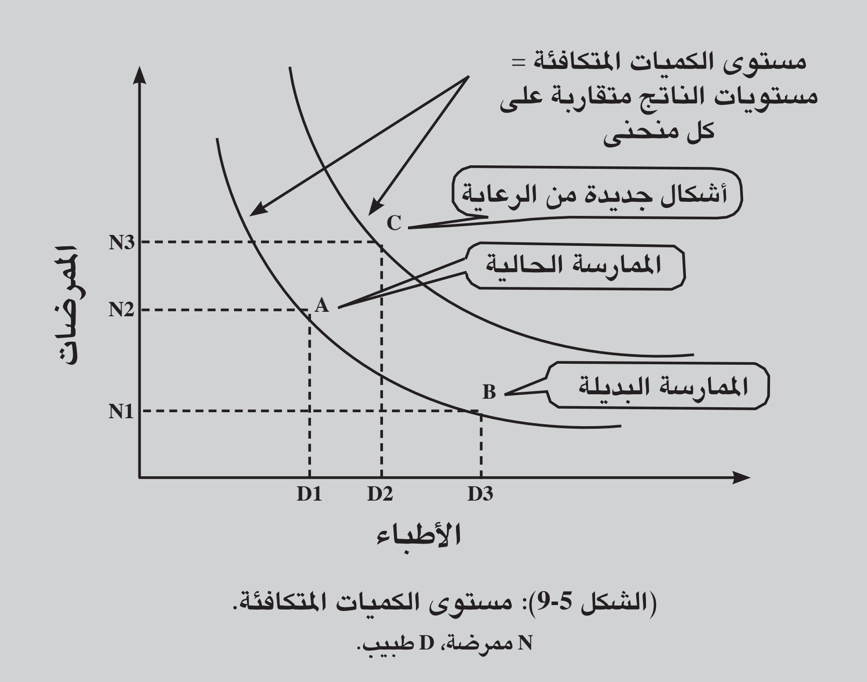
**إطار للقراءة المتقدمة: استبدال المدخلات ومستوى الكميات المتكافئة**

كما رأيت من قبل، فإن حدود إمكانيات الإنتاج يمكن استخدامها لتحديد مواضع الكفاءة بين الناتج، أو المخرجات المختلفة، ولكن كيف تختار الشركات من بين أكثر أنواع هذه التركيبات، أو التجمعات من حيث الكفاءة؟ والشركات (التي تقدم الرعاية الصحية) لديها عدد من الاختيارات التي من خلالها تختار تلك التركيبة من المدخلات والتي من شأنها مضاعفة الناتج، أو الخارج، ومن الناحية النظرية، عندما يتم اتخاذ هذه القرارات يضعون في الحسبان هامشاً أو حداً لإنتاج كل مدخل (التغير في الناتج لكل وحدة زيادة في المدخلات). والعلاقة بين هامش، أو حد المنتجات بالنسبة للمدخلات المختلفة يمكن إيضاحه باستخدام مستوى *الكميات المتكافئة*، والتي تمثل كل علامة منه مستوى الناتج نفسه الذي تم إنتاجه من خلال عملية تكوينات أو توليفات مختلفة من المدخلات.

دعنا نقول أننا ننظر إلى تغيير الأطباء: المرضات في مستشفى معين من أجل عمل يوم للجراحة، النقطة A في (الشكل 5-9) توضح طريقة الممارسة الحالية باستخدام طبيب واحد واثنتين من الممرضات، وهناك طريقاً بديلاً لتحقيق المستوى نفسه من الإنتاج موجود عند النقطة B في الشكل، والذي يحتوي على 3 أطباء وممرضة واحدة، وبسبب نقص، أو هبوط المنتج الحدي أو الهامش لكل مدخل، فإن مؤشر مستوى الكميات المتكافئة يأخذ شكلاً محدباً: عندما تتحرك من اليسار إلى اليمين يزيد عدد الأطباء المستخدمين (ويقل عدد الممرضات) وكل طبيب إضافي (وحدة مدخلات) يسبب زيادة أصغر في الناتج الإجمالي.

يسمى انحدار مؤشر مستوى الكميات المتكافئة بـ «*المعدل الحدّي لإحلال التقنية*» الذي يشير إلى المعدل الذي عنده لأحد المدخلات أن تدخل مع أخرى مع الاستمرار في الناتج نفسه، إنها مساوية للمنتج الحدي أو الهامشي للممرضات ÷ المنتج الهامشي أو الحدي للأطباء، وعلى سبيل المثال، إذا كان 4 من الممرضات وعدد 2 من الأطباء ينتجون نفس الناتج الذي تقدمها 2 من الممرضات وعدد 3 من الأطباء، عندئذ يكون المنتج الحدي أو الهامشي الخاص بطبيب واحد يعادل 2 من الممرضات، وعلى ذلك، فإن المعدل الحدي لإحلال

التقنية يكون 2 (على طول هذا الجزء من مؤشر مستوى الكميات المتكافئة يكون الناتج الخاص بطبيب واحد مساوياً لضعف الناتج الخاص بممرضة واحدة)، وسوف تقرأ المزيد عن تطبيق مؤشر مستوى الكميات المتكافئة «الأيزوكوانت» في إطار قراءة متقدمة في الفصل السادس.



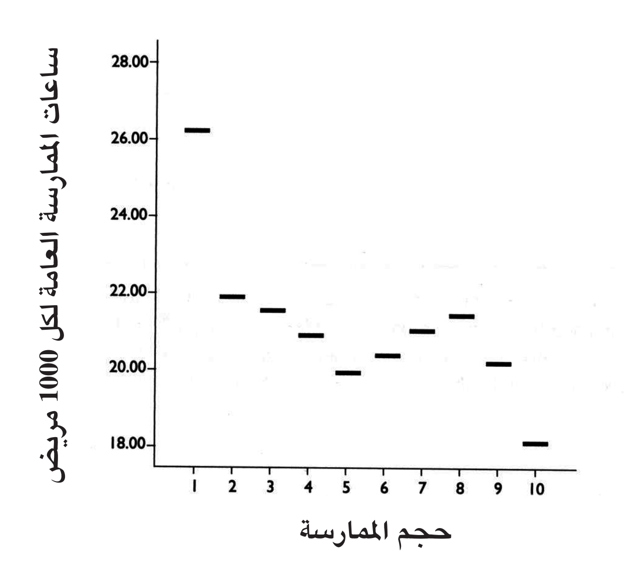

**(الشكل 5-9): مستوى الكميات المتكافئة.**

**N ممرضة، D طبيب.**

## التغذية الراجعة:

يشير (ونسنج Wensing) إلى أن تحميل العمل للطبيب في كل 1000 مريض يختلف من حيث مستويات حجم الممارسة، ففي الطبقة 1 (الممارسات الصغرى) يعمل الأطباء بمتوسط 26.2 ساعة لكل 1000 مريض، وفي الطبقة رقم 10 (أكبر الممارسات) يعمل الطبيب بمعدل 18.1 ساعة، وكلما زاد حجم الممارسة من الطبقة 1 إلى الطبقة 5 تكون هناك زيادة في عائد العامل في وقت الممارسة العامة، وحتى المستوى أو الطبقة رقم 8، هناك اقتراح بوجود منحنى على شكل حرف U ، والذي يشير إلى وجود نقص في عائد العامل إلى ما بعد وراء الحجم 5، ومع ذلك، فإن متوسط مدخلات الطبيب تكون الأدنى في حجم الممارسة الأكبر رقم 10.

يتضمن هذا الشكل أن حجم الممارسة له تأثيراً هاماً على الكفاءة التقنية للممارسات الخاصة بأطباء الممارسة العامة، وبالرغم من أنه قد يكون هناك عوامل أخرى تؤثر في الكفاءة مثل مجال الخدمات المقدمة، فإن الممارسات العامة الأكبر تبدو أكثر كفاءة من الممارسات الأصغر في هذه الجهات.




**(الشكل 5-10): العلاقة بين حجم الممارسة العامة ومدخلات الممارسة العامة لـ 1.188 ممارسة في هولندا وحجم الممارسة (عدد المرضى المسجلين): الصنف 1: 1,400-2,292؛ الصنف 2: 2,300-2,480؛ الصنف 3: 2,500-2,630؛ الصنف 4: 2,635-2,740؛ الصنف 5: 2,750-2,899؛ الصنف 6: 2,990-3,170؛ الصنف 7: 3,200-4,169؛ الصنف 8: 4,200-5,340؛ الصنف 9: 5,400-7,200؛ الصنف 10: 7,206-15,365.**

***Source:* Wensing et al. (2006)**

## الملخص:

تم في هذا الفصل تقديم المفاتيح الخاصة التي يستخدمها رجال الاقتصاد لفهم عملية الإنتاج، وقد تعلمت كيف تفسر وظيفة الإنتاج، والعلاقة بين المدخلات، والناتج أو المخرجات، وطبيعة هذه العلاقات، وقد تقدمت في طريق تعلم النتاج الحدي، أو الهامش والعائد للمقياس، وعلى المدى القصير، فإن عوائد الميزان تكون بسبب زيادة

العائد للعامل (تبعاً لزيادة التخصص) وكذلك انتشار التكاليف الثابتة، وعلى المدى الطويل ترجع لزيادة العوائد إلى ميزان (طبقاً لزيادة التخصص)، وهذه العلاقات عندما تلقي الضوء على كفاءة العمليات الإنتاجية المختلفة، أو الخدمات، فإن هذه المفاهيم تكون حاسمة في القرارات الخاصة بإدخال العمليات التقنية الجديدة وقياس النشاط وتخصيص الموارد البشرية.



# الفصل السادس

# العرض: التكاليف، اقتصاديات الميزان ومنحنى العرض

# Supply: Costs، economies of scale and the supply curve

## نظرة عامة:

بدأت في الفصل السابق استكشاف النظرية وراء العرض ومنحنى العرض، وحتى الآن، فأنت تنظر إلى وظيفة الإنتاج، وربما تتساءل: كيف تلائم التكلفة ذلك؟ فهذا الفصل ينظر إلى العلاقة بين الناتج والتكلفة، وعندئذ سوف تستخدم هذه النظرية مزايا وعيوب الإنتاج ذو المستوى الضخم في الرعاية الصحية، وأخيراً كيفية عمل منحنى العرض.

## الأهداف التعليمية:

بعد انتهاء العمل والقراءة في هذا الفصل، سوف تصبح قادراً على الآتي:

- التقييم والرسم البياني لوظائف التكلفة البسيطة.
- وصف العلاقة بين ميزان الإنتاج والتكلفة.
- تشخيص الاقتصاديات وغير الاقتصاديات في الميزان.
- مناقشة مزايا وعيوب الخدمات الصحية ذات الميزان الكبير.
- وصف كيفية استخراج منحنيات العرض.
- عمل قائمة بالعوامل التي تؤثر في العروض الخاصة بسلعة معينة.

## المصطلحات الأساسية:

**الكفاءة الاقتصادية (الإنتاجية):** الموقف الذي لا يستطيع فيه المنتج تقديم المزيد دون زيادة التكلفة.

**الفائدة الاقتصادية:** العائد الإجمالي ناقص التكلفة الإجمالية مفصولاً عن الفائدة الطبيعية.

**اقتصاديات الميزان:** الشروط، أو الظروف التي بموجبها يحدث نقص في متوسط التكلفة على المدى الطويل بزيادة الناتج، أو المخرجات.

**التكلفة الثابتة:** تكلفة الإنتاج التي لا تتنوع مع تنوع مستوى الناتج.

**الفائدة الطبيعية:** العائد الذي تستلمه الشركة، أو المؤسسة من المدخلات، مثل دور المدير في المؤسسة، وإدارة الأعمال وهذا جزء من تكلفة الفرصة الخاصة بالمؤسسة.

**فائض المنتج:** الفرق بين الكمية التي يتسلَّمها المنتج من المبيعات الخاصة بالسلع، وأقل كمية يتطلَّع المنتج إلى قبولها بالنسبة لهذه السلعة.

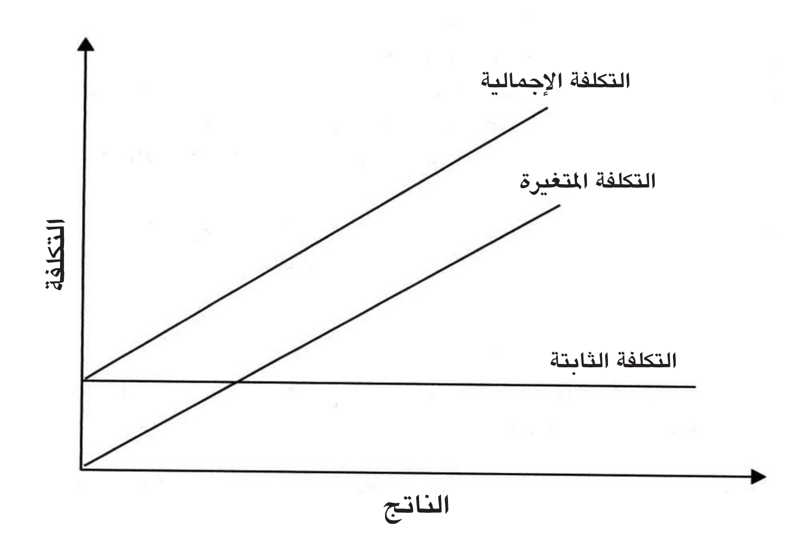
**كفاءة الميزان:** الموقف الذي يكون فيه إنتاج الممول يصل إلى مستوى ناتج معين حيث يقل معدل التكلفة إلى الحد الأدنى.

**التكلفة المتغيرة:** تكلفة إنتاج تتنوع بشكل مباشر مع تنوع مستوى الناتج.

## وظائف التكلفة:

دعنا نبدأ دراستك للتكاليف بالنظر إلى وظيفة التكلفة، ووظائف التكلفة توضح العلاقة بين إجمالي التكاليف والناتج، وعلى المدى القصير، تظل التكاليف الثابتة في حالة من السكون، وتكون مستهدفة حتى عندما يكون الناتج صفر، والتكاليف المتغيرة تزيد مع مستوى الناتج فكر الآن في قسم الطوارئ في مستشفى خلال مدة 24 ساعة، والناتج (المرضى الذين تمت رؤيتهم) يختلفون بشكل ملموس، وعند نقطة معينة قد لا يكون هناك مرضى على الإطلاق (الناتج = صفر)، وتكاليف مثل رواتب العاملين، والأسرّة والتجهيزات الأخرى، والمعدات، وحتى التأمينات، هي تكاليف غير متغيرة، وهذه هي التكاليف الثابتة وما تزال مستهدفة عند المستوى نفسه سواء كان الناتج

صفراً أو عند أقصى حد له، ومن ناحية أخرى، فإن التكاليف المرتبطة بكل مريض مثل السرنجات وأبر الحقن، والملابس والأدوية، كلها تتنوع مع مستوى أعداد المرضى، وهذه هي التكاليف المتغيرة، والعلاقة بين الإجمالي لكل من التكاليف الثابتة والمتغيرة موضح في (الشكل 6–1).




**(الشكل 6-1): المدى الزمني القصير لوظائف إجمالي التكلفة الثابتة والمتغيّرة.**

الآن سوف نستمر مع التحليلات التي قمنا بها في الفصل الخامس عند الاختيارات ذات المدى الطويل لدى جماعة خدمات التمريض.

## نشاط 6-1:

1. في (الجدول 6-1) أكمل الفراغات الموجودة في التكلفة الإجمالية والمرتبط بكل تركيبة مدخلات باستخدام أسعار عامل الإنتاج المذكورة في النشاط 5-2 وتجاهل التركيبات غير ذات الكفاءة من الناحية الإجرائية، كذلك احسب متوسط التكلفة لكل تركيبة وضعها بين قوسين.
2. ما هي أدنى تكلفة لمستويات الناتج التالية: 20، 30، 100، 180، 200؟

**(الجدول 6-1): إجمالي التكلفة (متوسط التكلفة) بالجنية الاسترليني/ لليوم الواحد.**

| سيارة | ممرضات | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| صفر | 30 | 60 | 90 | 120 | 150 | 180 | 210 | | | 300 |
| | (6) | (6) | (6) | (6) | (6.82) | (7.5) | (8.08) | () | () | (10) |
| 1 | 55 | 85 | 115 | 145 | 175 | 205 | 235 | | | 325 |
| | (3.67) | (4.25) | (4.6) | (4.83) | (5) | (4.56) | (3.92) | () | () | (3.25) |
| 2 | | 110 | 140 | 170 | 200 | 230 | 260 | 290 | 320 | 350 |
| | | (3.67) | (2) | (1.7) | (1.54) | (1.54) | (1.53) | (1.61) | (1.68) | (1.75) |
| 3 | | | 165 | 195 | 225 | 255 | | | | |
| | | | (1,65) | (1.3) | (1.25) | (1.28) | | | | |
| 4 | | | | 220 | 250 | | | | | |
| | | | | (1.22) | (1.28) | | | | | |
| 5 | | | | | 275 | | | | | |
| | | | | | (1.38) | | | | | |

## التغذية الراجعة:

1. التكلفة الإجمالية تعادل عدد الممرضات مضروباً في 30 جنيه + عدد السيارات مضروباً في 25 جنيه، وبالنسبة لعدد 2 ممرضة وعدد 2 سيارة (6×30) + (2×25) = 110 جنيهات، ومتوسط التكلفة هو إجمالي التكلفة مقسوماً على الناتج، أو الخارج (الناتج موجود في الجدول 3–5)، وبالنسبة لعدد 2 ممرضة وعدد 2 سيارة يكون كالآتي 110 ÷ 30 = 3.67 جنيه، والقائمة الكاملة من إجمالي ومتوسط التكلفة موضحة في (الجدول 2–6).
2. هناك 3 تجمعات من المدخلات التي تعطي ناتج واحد 30 وهي: 2 ممرضة وسيارتان وعدد 4 ممرضات وسيارة واحدة، وهي تتكلف على التوالي 110 جنيه، 145 جنيه، 300 جنيه، وعلى ذلك فإن التي تحقق التكلفة الأقل لإنتاج عدد 30 زيارة أن يكون هناك عدد 2 ممرضة وعدد 2 سيارة، والنقاط الأخرى ذات الحد الأدنى للتكلفة موجودة في الجدول 6–3، وكل نقطة في هذا الجدول تعتبر ذات كفاءة اقتصادية لأنه عند هذه النقاط فإن الناتج لا يمكن أن يزيد دون استهلاك تكاليف زائدة، أو بشكل آخر، هي مواقف لا يمكن فيها تخفيض التكلفة دون تخفيض المنتج الإجمالي.

**(الجدول 6-2): إجمالي التكلفة (متوسط التكلفة) بالجنيه الاسترليني/ لليوم الواحد (حل Solution).**

| سيارة | ممرضات | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| صفر | 30 | 60 | 90 | 120 | 150 | 180 | 210 | 240 | 270 | 300 |
| | (6) | (6) | (6) | (6) | (6.82) | (7.5) | (8.18) | (8.75) | (9.31) | (10) |
| 1 | 55 | 85 | 115 | 145 | 175 | 205 | 235 | 265 | 295 | 325 |
| | (3.67) | (4.25) | (4.6) | (4.83) | (5) | (4.56) | (3.92) | (3.53) | (3.28) | (3.25) |
| 2 | | 110 | 140 | 170 | 200 | 230 | 260 | 290 | 320 | 350 |
| | | (3.67) | (2) | (1.7) | (1.53) | (1.54) | (1.53) | (1.61) | (1.68) | (1.75) |
| 3 | | | 165 | 195 | 225 | 255 | | | | |
| | | | (1,65) | (1.3) | (1.25) | (1.28) | | | | |
| 4 | | | | 220 | 250 | | | | | |
| | | | | (1.22) | (1.28) | | | | | |
| 5 | | | | | 275 | | | | | |
| | | | | | (1.38) | | | | | |

**(الجدول 6-3): التكاليف على المدى الطويل.**

| إجمالي الناتج | توافق المدخلات | التكلفة الإجمالية (بالجنيه الاسترليني) | متوسط التكلفة (بالجنيه الاسترليني) |
|---|---|---|---|
| 20 | 2 ممرضة وسيارة واحدة | 85 | 4.25 |
| 30 | 2 ممرضة وسيارتان | 100 | 3.67 |
| 100 | 3 ممرضات، 3 سيارات | 165 | 1.65 |
| 180 | 4 ممرضات، 4 سيارات | 220 | 1.22 |
| 200 | 6 ممرضات، 3 سيارات | 255 | 1.28 |

مديراً، سيكون لديك اعتباراً آخر، آلا وهو كيف يتنوَّع متوسط التكلفة الخاص بزيارة ممرضة واحدة مع تنوع حجم الخدمة، وبمعنى آخر، هل هناك اقتصاديات، أو غير اقتصاديات خاصة بالميزان؟ وبصفة عامة فإن اقتصاديات الميزان (هبوط متوسط التكلفة مع ارتفاع الناتج) يمكن شرحها بواسطة استخدام 3 عوامل:

- ارتفاع عوائد الميزان (التي عرفت عنها في الفصل رقم 5).
- أسعار ذات عامل هبوط مع ارتفاع في الميزان (عادة ما ترتبط بالقدرة على شراء الشحنات المتراكمة).
- انتشار التكاليف الثابتة على إنتاج أكبر.

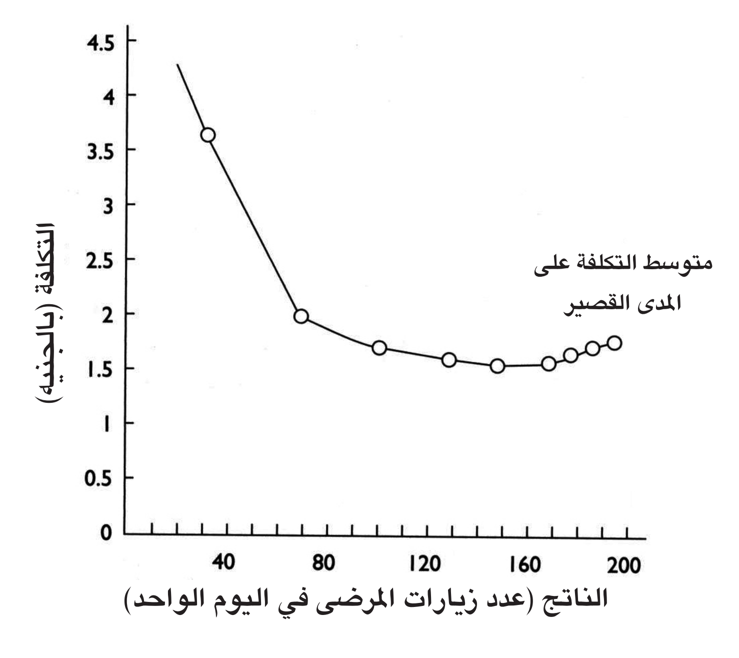
وبالمثل، فإن عدم الاقتصادية في الميزان (زيادة متوسط التكلفة بالنسبة للناتج) يمكن شرحها بالآتي:

- نقص العوائد إلى الميزان.
- ارتفاع أسعار عامل الإنتاج مع ارتفاع الميزان (وقد يكون هذا نتيجة ندرة عوامل الإنتاج، على سبيل المثال، جلب أطباء للعمل في أماكن بعيدة، أو معزولة، غالباً ما يتطلب زيادة في الحوافز المالية.

وفي (الجدول 6-4): ملخص للعلاقة بين التكلفة والناتج على المدى الطويل، مقارنة على المدى القصير، و(الشكل 6-2) يوضح أيضاً هذه العلاقة، ومع ذلك، في هذه الحالة، فإن أسعار عامل الإنتاج يفترض أن تكون ثابتة، والعلاقة بين التكلفة والناتج تكون بسبب العودة إلى الميزان وحده.

**(الجدول 6-4): أسباب التوجه في متوسط التكلفة بالنسبة للناتج الإجمالي.**

| | *المدى القصير* | *المدى الطويل* |
|---|---|---|
| انخفاض في متوسط التكلفة مع ارتفاع الناتج (اقتصاديات الميزان) | 1. زيادة تعود إلى عامل (مثل عامل التخصص) | 1. زيادة تعود إلى ميزان (مثل التخصص) |
| | 2. انتشار التكاليف الثابتة | 2. انخفاض أسعار العامل |
| | | 3. انتشار التكاليف الثابتة |
| ارتفاع متوسط التكلفة بارتفاع الناتج (غير اقتصاديات في الميزان) | 1. انخفاض يعود إلى العامل | 1. انخفاض يعود إلى الميزان (بيروقراطية) |
| | | 2. ارتفاع أسعار العامل |




(الشكل 6-2): متوسط التكلفة على المدى القصير.

## نشاط 6-2:

1. في (الجدول 6-3) لأيهما يعود انخفاض متوسط التكلفة للحد الأدنى، المدخلات أم الناتج؟
2. في (الشكل 6-2) ارسم منحنى متوسط التكلفة على المدى الطويل من النشاط 5–2 على طول منحنى المدى القصير، وهل يوضح ذلك اقتصاديات الميزان؟ ولماذا؟
3. ضع في الاعتبار ما الذي كان سيحدث إن كان سعر عامل الإنتاج مثل سعر السيارات أو بالنسبة للممرضات، سوف يتغيّر؟

## التغذية الراجعة:

مستوى الناتج بالنسبة للحد الأدنى للتكاليف (في الجدول 6–3) يساوي 180 زيارة في اليوم باستخدام 4 سيارات، و4 ممرضات، وهذا يوصف بأنه كفاءة الميزان لأنه عند هذا المستوى من الناتج فإن تكلفة الزيارة الواحدة تنزل إلى الحد الأدنى لها، وعلى ذلك فإن حجم العملية يكون مثالياً.

يوضح (الشكل 6-3) متوسط التكلفة على المدى الطويل والموضوع في الشكل بعد منحنى متوسط التكلفة على المدى القصير الذي تم رسمه في (النشاط 5-2)، ومنحنى المدى الطويل له شكل منحنى المدى القصير نفسه ـ شكل حرف U، وفي المستويات الأعلى من الناتج نجد أن منحنى التكلفة على المدى الطويل يوجد تحت منحنى المدى القصير، وذلك بسبب أن استخدام 2 سيارة يعتبر تقنية غير كافية لإخراج هذا المستوى من الإنتاج، ومنحنى التكلفة على المدى الطويل في شكل حرف U يتضمن اقتصاديات الميزان المتبوعة مبدئياً بالعمليات غير الاقتصادية للميزان للمستويات الأعلى من الناتج.

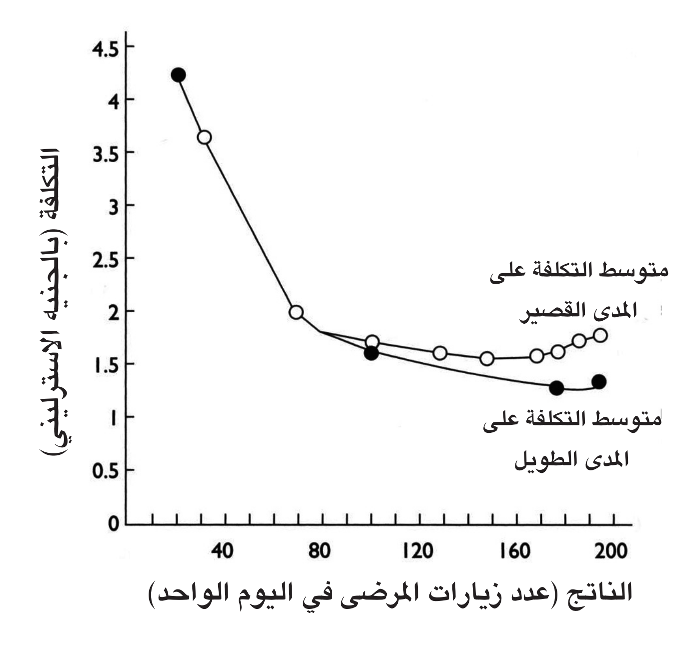
إذاً ارتفعت تكاليف السيارة إلى 35 جنيه في اليوم مثلاً، فإن كل تركيبات المدخلات عندئذ مع سيارة واحدة، أو أكثر سوف تكون أكثر تكلفة، وكلما زاد عدد السيارات كلما ارتفعت قيمة التكلفة الإضافية، والارتفاع في تكلفة السيارات، إذا كان الارتفاع كبيراً بشكل كافٍ، سوف يسبب كفاية في السعر حيث يقوم الممول بالتبديل من سيارات إلى ممرضاتٍ، على سبيل المثال، يوضح (الجدول 6-5) تكلفة إنتاج 180 زيارة في اليوم باستخدام مدخلات مختلفة التركيبات. إنها توضيح لزيادة معينة في سعر السيارات من 25 جنيه استرليني إلى 35 جنيه استرليني، وعند سعر 25 جنيه استرليني فإن وجود 4 ممرضات مع أربع سيارات ستكون الطريقة الأقل تكلفة لإنتاج 180 زيارة، ومع ذلك، فإنه عند سعر 35 جنيه فإن 5 ممرضات وثلاث سيارات ستكون الطريقة الأقل تكلفة لإنتاج 180 زيارة، ومن ثم، فإن الزيادة في سعر السيارة يؤدي إلى وجود تبديل، أو إحلال من السيارات إلى المرضات، والانتقال بالسعر من 25 جنيه استرليني إلى 35 جنيه استرليني انتقل بمؤشر منحنى متوسط التكلفة على المدى الطويل إلى الأعلى، والإحلال (الاستبدال) يعني أن التكلفة لا تزيد بالقدر الذي يجب أن تتغير عليه إذا كانت مستويات المدخلات قد ظلت دون تغيير.

إن الارتفاع في الأسعار الخاصة بالمرضات من ناحية أخرى، سوف يؤدي إلى كفاءة السعر لدى الممول لإحلالٍ المرضات محل السيارات، وفي البلاد التي يكون فيها سعر العمالة البشرية مرتفعاً بالنسبة لسعر رأس المال، فإنه أقرب أن يكون إنتاج رأسمالي مكثّف، أما البلاد التي يكون فيها سعر العمالة منخفضا بالنسبة لسعر رأس المال فهذا أقرب لأن يكون لديها إنتاج مكثَّف للعمالة.

ماذا تعتقد أن تكون متضمنات تحليل التكلفة أعلاه بالنسبة للمجتمع الخاص بخدمات التمريضٍ من حيث تخصيص الموارد؟ يمكنك النظر إلى هذا السؤال من خلال وجهتي نظر، أولا: وجهة نظر المنتج (أو الممول)، وثانياً: وجهة نظر الخدمة بوجه عام.

وعلى قدر ما يذهب المنتج بعيداً، فإن التحليل لا يقدم لنا الكثير عن المستوى الملائم للمخرجات، بالرغم من أنه يقدم لنا معلومات عن أي تركيبات المدخلات ذات

الكفاءة الاقتصادية بالنسبة لكل مستوى من الناتج ـ فحيث لا يكون المنتج قادراً على إنتاج المزيد دون زيادة في التكلفة، ومستوى الناتج الفعلي يجب أن يعتمد على الميزانية (Budget) كما يعتمد على التكلفة، فإذا كانت الميزانية الخاصة بخدمات التمريض 110 جنيهاً في اليوم، عندئذ فإنهن يصبحن قادرات على عمل 30 زيارة في اليوم ـ انظر (الجدول 6-3)، وبالتبادل، إذا كانت الميزانية 275 جنيه استرليني في اليوم الواحد فعندئذ يصبحن قادرات على إنتاج 200 زيارة للمرضى كل يوم.



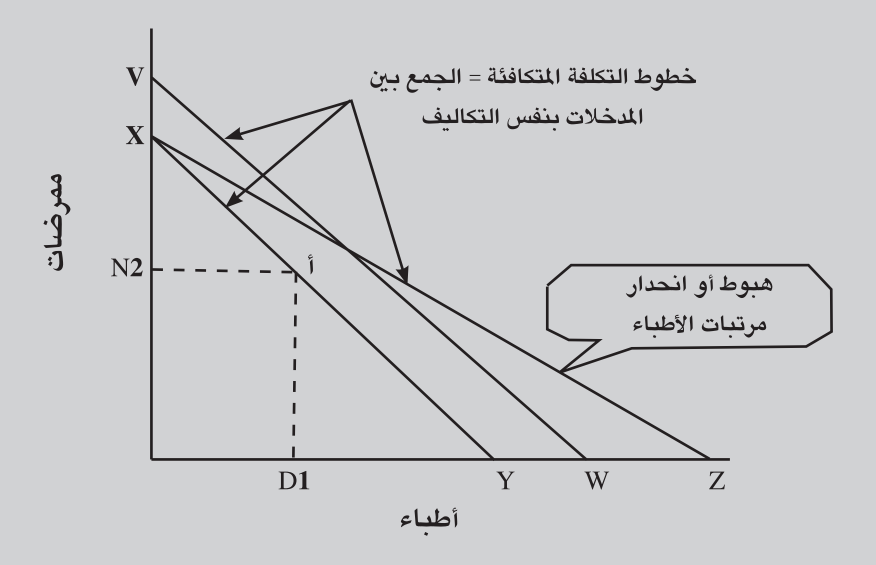

(الشكل 6-3): متوسط التكلفة على المدى القصير والطويل.

**(الجدول 6-5): التكلفة الإجمالية لعدد 180 زيارة للمرضى.**

| *تركيبة المدخلات* | *التكلفة إذا كان السعر للسيارة 25 جنيه استرليني* | *التكلفة إذا كان السعر للسيارة 35 جنيه استرليني* |
|---|---|---|
| 4 ممرضات، 4 سيارات | 220 | 260 |
| 4 ممرضات، 3 سيارات | 225 | 255 |
| 10 ممرضات | 300 | 300 |

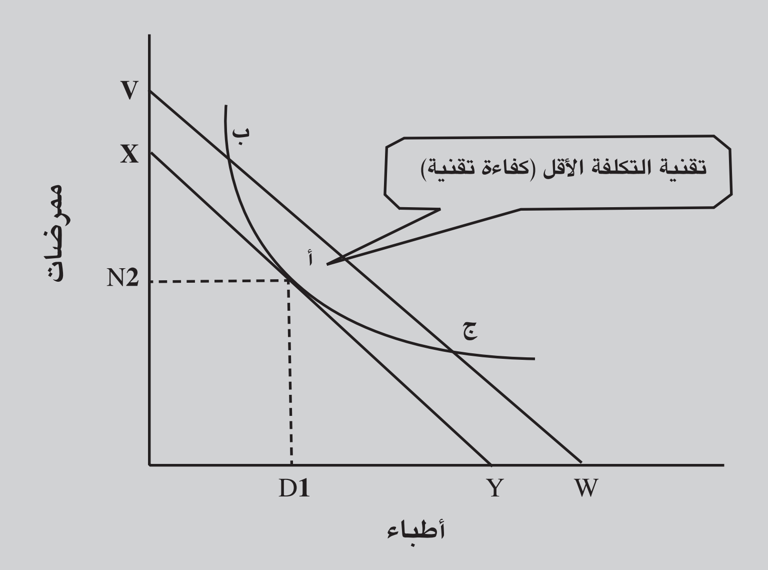
**إطار للقراءة المتقدمة: خطوط التكلفة المتكافئة والكفاءة**

من أجل تحديد الطريقة الأقل تكلفة في الإنتاج، فإن المعلومات الخاصة بالناتج الحدّي والمعدل الحدي للإحلال تحتاج لأن يتم ربطها بالمعلومات التي تتعلق بتكاليف المدخلات المختلفة، وخط التكلفة المتكافئة يوضح الترابطات الموجودة بين المدخلات، والتي يمكن الحصول عليها عند تكلفة معينة، وفي (الشكل 6-4) تقع النقطة أ (الممارسة الحالية) على خط التكلفة المتكافئة XY ودعنا نقول أن هذا يمثل تكلفة تبلغ 1000 جنيه، وكل هذه التركيبات بين عناصر المدخلات على طول هذا الخط سوف تؤدي إلى الإجمالي نفسه التكلفة 1000 جنيه، وهناك خط تكلفة متكافئة آخر VW والذي يمثل كل التركيبات للمدخلات عند إجمالي قدره 1500 جنيه، وانحدار خط التكلفة المتساوية يعتمد على الأسعار النسبية لكل مدخل، وعلى ذلك إذا تغيّر سعر أحد المدخلات بالنسبة لآخر، فإن خط المتكافئة سوف يتغيّر، على سبيل المثال، إذا هبطت أجور الأطباء عندئذ سيصبح خط التكلفة المتكافئة XY أقل شدة في الانحدار XZ، وبالمثل إذا انخفضت أجور المرضات فإن خط التكلفة المتكافئة سيكون أكثر انحداراً.




**(الشكل 6-4): خطوط التكلفة المتكافئة.**

إن أسلوب، أو تقنية التكلفة الأقل هو الجمع بين المدخلات التي تقلل من التكلفة الإجمالية لإنتاج منتج معين إلى الحد الأدنى لها، وهذا سوف يحدث حيث يكون منحنى التكلفة المتكافئة عند خط التماس الخاص بمنحنى التكلفة المتكافئة، فإذا وقع الإنتاج عند أي نقطة أخرى من منحنى التكلفة المتكافئة فإن التكلفة الإجمالية ستكون أكبر (عند النقطة ب، ج في الشكل 6-5 مستوى الناتج يعادل ذلك الموجود عند النقطة أ ولكن التكلفة الإجمالية ستكون أكبر من تلك الموجودة عند النقطة أ، وتقع النقطة أ على خط التساوي في التكلفة XY (1000 جنيه) بينما تقع النقطتان ب، ج على خط تساوي التكلفة (1500 جنيه).




**(الشكل 6-5): خطوط التكلفة المتكافئة، مستوى الكميات المتكافئة والكفاءة الاقتصادية.**

خطوط التكلفة المتكافئة ومستوى الكميات المتكافئة تقدم لنا طريقاً آخر للنظر إلى الكفاءة، وقد تم تعريف الكفاءة التقنية من قبل على أنها الحالة التي لا يمكن فيها إنقاص أي من المدخلات دون نقص أيضاً في الناتج. وهي كذلك نقطة على مستوى الكميات المتكافئة، والنقطة التي يوجد عندها تماس بين مستوى الكميات المتكافئة، والتكلفة المتكافئة (عندما يكون المنحدر في كلاهما متساوياً)

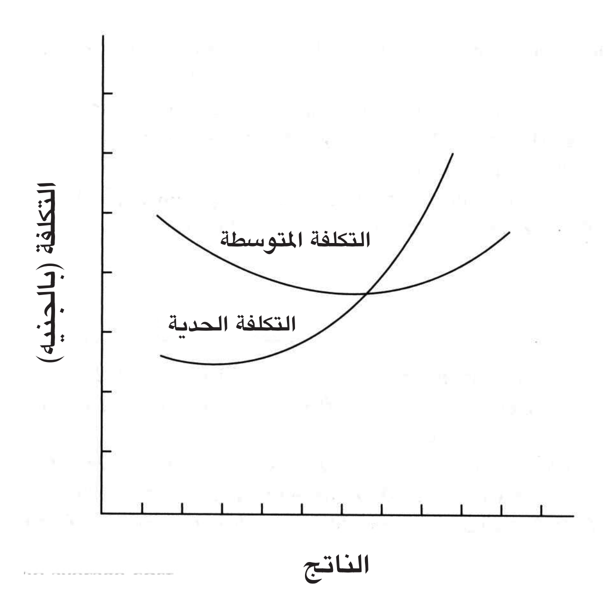
وتعرف هذه بنقطة الكفاءة الاقتصادية، حيث يكون المنتج غير قادر على إنتاج المزيد دون زيادة في التكلفة، إنها الحد الأدنى من تكلفة إنتاج ناتج معين، أو الحد الأقصى للناتج في الميزانية يمكن تنفيذها.

## تشخيص اقتصاديات الميزان:

يستخدم الاقتصاديون وظائف التكلفة للكشف عن العلاقة بين التكلفة والناتج، بمعنى كفاءة الخدمات الصحية ـ والفهم الأفضل عن ما يمكن أن يؤثر في هذه العلاقة، ويقدرون وظائف التكلفة بواسطة تطبيق تركيبة من التحليلات الإحصائية والنظرية الاقتصادية على البيانات الخاصة بالخدمات الصحية والمعروفة باسم «تحليل القياس الاقتصادي» (Guinness et al. 2007)، وهذا النوع من التحليل له أهمية في تشخيص اقتصاديات الميزان.

لقد علمت عن «منحنيات متوسط التكلفة» (الشكل 6-3) ونقطة كفاءة الميزان، حيث متوسط التكلفة يكون في الحد الأدنى له، وبالمثل فإنك يمكن أن تحدد على الرسم المنحنى الخاص بالتكلفة الحدّية، أو الهامشية، ومنحنى التكلفة الحدية A دائماً ما يتقاطع مع منحنى متوسط التكلفة عند الحد الأدنى له، وهناك مثال على ذلك في (الشكل 6–6)، فإذا كانت التكلفة الحدية أدنى من متوسط التكلفة فإن متوسط التكلفة يجب أن يكون هابطاً (هناك اقتصاديات ميزان)، وعلى العكس، إذا كانت التكلفة الحدية أكبر من متوسط التكلفة، فإن التكلفة المتوسطة عندئذ يجب أن يكون مرتفعا (هناك عوامل غير اقتصادية للميزان)، وإذا أضفت وحدة واحدة من الناتج وكانت تكلفة هذه الوحدة أكبر من متوسط التكلفة الخاصة بكل الوحدات الأخرى، فهنا سيحدث بالطبع زيادة، أو ارتفاع في متوسط التكلفة، وعلى العكس، إذا أضفت وحدة واحدة من الناتج وكانت تكلفة هذه الوحدة الزيادة أقل من متوسط التكلفة الخاص بكل الوحدات الأخرى، عندئذ سيهبط متوسط التكلفة.

وما يتضمن كل ذلك هو أنه عن طريق استخدام وظيفة تكلفة، فإن التكلفة الحدية يمكن تقديرها لمستويات مختلفة من الناتج، وبمقارنة هذه التقديرات للتكاليف الحدية أو الهامشية مع تقديرات متوسط التكلفة من قائمة البيانات نفسها، يسمح بتشخيص الاقتصاديات وغير الاقتصاديات الخاصة بالميزان.




**(الشكل 6-6): التكلفة المتوسطة والتكلفة الحدّية.**

## نشاط 6-3:

والآن دعنا نستمر مع تحليل خدمات مجتمع التمريض، نفترض أنك المدير الإقليمي لخدمات مجتمع التمريض، ولديك 50 مركز تمريض تنتشر في الإقليم، وكل مركز فيها قام بعمل وتقديم تحليل في تقرير نهاية السنة المالية، وعليك الآن أن تقرر عمّا إذا كان إعادة توزيع السيارات بين الوحدات المختلفة يجب عمله، كذلك فأنت لديك السلطة لتكوين وحدات إضافية أو دمْج الوحدات الموجودة، والموقف حالياً هو أن كان مريض يحتاج للعلاج قد تم علاجه ـ وإذا لم يحدث أنٍ تمت زيارة مريض بواسطة أحد الوحدات فقد تمت زيارته بواسطة وحدة مجاورة بدلاً من ذلك، وهذا يقدر بعدد 5000 زيارة مريض في اليوم، ومع ذلك، فإن الحكومة تقطع الميزانية، وعلى ذلك فإن توفير التكلفة أمر محتم، وأنت تريد أن تقطع، أو توقف التكلفة دون تقنين الرعاية، وهناك إمكانيتان لعمل مدخرات التكلفة:

- تشجيع المولين أن يكونوا أكفاء عن طريقٍ مراجعة اختيارهم للمدخلات ووضع بدائل بين العوامل إذا كان الأمر ضرورياً.
- تغيير ميزان وحدات الممول من أجل استغلال اقتصاديات الميزان.

لقد أنجزت الآن الإستراتيجية الأولى، ولكنك مازالت بحاجة إلى عمل المزيد من المدخرات، أو التوفير في عملية التكلفة، وبذلك فعليك الآن تنفيذ الإستراتيجية الثانية، ونفترض أن كل ممول لديه وظيفة التكلفة الموجودة في (الجدول 6-3)، وأن كل وحدة فيها تنتج عدد 100 زيارة تكلفة، وأنت بذلك يمكنك أن تحسب مقدار التكلفة التي يمكن توفيرها عن طريق تغيير ميزان التمويل كالآتي: هناك طلب يبلغ 5000 زيارة مريض في اليوم عبر أنحاء الإقليم والتي يبلغ إجمالي التكلفة لها 8250 جنيه في اليوم (5000 × 1.56 جنيه استرليني)، ولكن إذا كانت كل وحدة كافية - الميزان وأنتجت 180 زيارة في اليوم فعندئذ نحتاج فقط إلى 28 وحدة لتقديم 5000 زيارة، وإجمالي التكلفة الخاص بعدد 28 وحدة سيكون 6100 جنيه استرليني (5000 × 1.22 جنيه استرليني)، وعلى ذلك يكون توفير التكلفة 8250 - 6100 = 2150 كل يوم.

والآن انظر إذا كنت تستطيع تقدير إذا كان السيناريو مختلفاً قليلاً:

1. نفترض مرة أخرى أن كل ممول لديه وظيفة التكلفة نفسها ولكن بدلاً من أن تكون لديه 50 وحدة كل وحدة تنتج 100 زيارة في اليوم، هناك 25 وحدة تنتج 200 زيارة في اليوم، ما هو التوفير في التكاليف الذي يمكن إنجازه في هذه الحالة؟
2. نفترض أنه في ذلك الوقت الذي تنتج فيه 100 وحدات 200 زيارة في اليوم وأن 30 وحدة تنتج 100 زيارة في اليوم، فما هو التوفير في التكاليف الذي يمكن انجازه؟

## التغذية الراجعة:

1. تبلغ تكلفة الإنتاج الحالي 5000 × 1.28 جنيه استرليني = 6400 جنيه استرليني، وتكلفة الناتج بكفاءة الميزان 6100 جنيه استرليني، وعلى ذلك هناك إمكانية توفير في التكلفة تبلغ 300 جنيه استرليني في اليوم (6400 جنيه استرليني - 6100 جنيه استرليني).
2. تكلفة 10 وحدات = 10 × 200 × 1.28 جنيهاً استرلينياً = 2560 جنيهاً استرلينياً، وتكلفة 30 وحدة 30× 100 × 1.65 جنيه استرليني = 4950 جنيهاً استرلينياً، وعلى ذلك فإن إجمالي التكلفة في الإنتاج الحالي = 2560 جنيه استرليني + 4950 جنيه استرليني = 7510 جنيهاً استرلينياً في اليوم، وإمكانية التوفير في التكلفة 7510 - 6100 = 1410 جنيه استرليني.

يبدو تشخيص اقتصاديات الميزان بسيطاً ولكن في الحقيقة يمكن أن يكون صعباً للغاية، وعندما تظهر علامات عدم الكفاءة فقد لا تكون نتيجة لحجم المستشفى ولكنها ترجع إلى عدم كفاءة في التقنية، أو الإجراءات الخاصة بالنظام، فعلى سبيل

المثال يمكن خفض عدد الأسرّة في اليوم مع الاحتفاظ بالناتج نفسه، وهذا يلقي الضوء على أحد الصعوبات التي توضع في الحسبان عند محاولة تقييم كفاءة المستشفيات ـ ولكي يتم تقييم ما إذا كانت المستشفى ذات كفاءة ميزان، يجب أن نفترض أنها ذات كفاءة من الناحية التقنية، والاقتصادية والذي لا يحتاج لأن تكون الحالة كذلك، فهناك طرق متعددة تحتاج الخدمات الصحية أن تسعى إليها من أجل تحسين كفاءة العمليات الخاصة بها (انظر الفصل الأول)، وهناك سبب آخر لماذا يكون من الصعب تقييم الكفاءة النسبية لمختلف المولين، ألا وهو أنك تحتاج إلى التكيف مع الاختلافات الموجودة بين المرضى المعالجين، وقد يكون الأهم من ذلك، أن تضع في الحسبان الناتج الصحيّ الذي تم انجازه، وقد تريد أيضاً أن تضع في الاعتبار إذا كانت هناك اقتصاديات المجال والتي تتضمن انخفاض متوسط التكلفة كلّما حدث توسّع في مجال الخدمات.

أكثر من ذلك، عند مقارنة كفاءة خدمات مختلفة، يجب عليك أن تتأكد أن الناتج يتم قياسه بشكل ثابت بين مختلف المولين، حيث إن من الصعب تحديد كمية ناتج المستشفيات باستخدام مقياس واحد، على سبيل المثال، هل يجب أن تأخذ الزيارات الخارجية للمرضى الوزن نفسه الذي تأخذه الإقامة في المستشفى؟ فالناتج يجب أن يتم قياسه بشكل ثابت بين مختلف المولين، وليست هذه هي الحال في واقع الأمر، لأن المستشفيات يمكن أن يكون لها طرق مختلفة في حساب التكاليف الرأسمالية ولأن المستشفى قد لا تكون مسؤولة عن كل التكاليف الخاصة بها، ومن ثم فهي لا تقوم بتسجيلها.

## هل تحقق الاندماجات كفاءة أكبر: هل الأكبر هو الأفضل؟

كما رأيت في (النشاط 6-3)، عندما يكون إنتاج وحدات الممول أقل من ناتج كفاءة الميزان تكون هناك إمكانية للتوفير في التكلفة من هذا الاندماج، ومن ناحية أخرى، عندما تؤدي وحدات الممول إلى إنتاج أعلى من ناتج كفاءة الميزان، تكون هناك إمكانية للتوفير في التكلفة من خلال عدم مركزية الإنتاج، وإذا كانت بعض وحدات الممول في وضع أعلى، والأخرى في وضع أدنى، عندئذ سيكون هناك توفير في التكاليف عن طريق تحويل الإنتاج بين وحدات الممول، فهل يؤثر حجم المستشفى والممارسة العامة في كفاءتها؟ ويحصل موضوع الاندماجات من أجل تحسين كفاءة الخدمات الصحية على تأكيد متزايد في أنحاء العالم للبحث عن طرق لزيادة كفاءة الخدمات الصحية، ومع ذلك، فإن الدليل يؤكد أنه بالنسبة للمستشفيات الصغيرة فقط هناك اقتصاديات

ميزان، ذلك أن المستشفيات الكبيرة قد يكون لديها بالفعل أوضاع غير اقتصادية للميزان، ذلك أن الحد الأمثل يكون أقل من 200 سرير (Posnett 1999)، وهذا يقترح أنه على أساس خالص من عنصر التكلفة، فإن المستشفيات الكبيرة يجب أن لا يتم إقامتها، وبالطبع هناك اعتبارات أخرى ذات صلة، مثل الجدوى من العاملين الذي يرجح تلك الاعتبارات الخاصة بالكفاءة.

كما أن خطوات أخرى مشابهة يمكن أن تأخذها في خدمات الرعاية الصحية الأخرى، رغم أن إدخال متضمناتها وتنفيذها يعتبر صعباً، فلكي نشجع الاستخدام الكفء للموارد، يجب أن تجمع الخدمات الصحية بيانات مالية، ويجب تدريب المديرين على القيام بعمل تحليل التكلفة، هناك أيضاً حاجة إلى وجود مجموعة من العاملين على معرفة بالقيود المالية للخدمة، إذا ما كان التنفيذ يتم بطريقة فعالة.

هناك إيضاح جيد لموضوع اقتصاديات الميزان داخل الممارسة والتطبيق ألا وهو التحرك من أجل تكوين اندماجات في مستشفيات الولايات المتحدة واندماجات بين شركات وهيئات الرعاية الأولية في المملكة المتحدة، في عام 1990، إلى جانب استخدام مقاييس تم استخدامها في دول أخرى مثل النرويج، وكانت الدوافع القائمة وراء هذه الحركة الحصول على مميزات اقتصاديات الميزان والمجال (وخاصة في ضوء تكاليف الإدارة)، والحد من السعة الزائدة، لتحسين الجودة بما في ذلك جودة التدريب، ولتحسين إدارة الموارد البشرية، وزيادة قوة التفاوض مع المشتري، ولسوء الحظ، فإن هذه النواتج لم يتم تحقيق الكثير منها، وفي الولايات المتحدة، رفعت المفوضية الخارجية بالمستشفيات تكاليف العلاج 2 %، وفي النرويج وجد أن كفاءة التكلفة تتراجع، وفي المملكة المتحدة، تراجعت نسبة التوفير في تكاليف الإدارة لتصبح أقل كيان مفوّضية جديدة والمشكلات الموضوعة في الحسبان في محاولة لجمع المنافسات السابقة (Fulop et al. 2002; Weil 2010).

## نشاط 6-4:

الورقة البيضاء للخدمات الصحية القومية: الخدمات الصحية القومية الجديدة (1997)، اقترحت أن مجموعات الرعاية الأولية تقوم بخدمة نحو 100000 حالة، مما يعكس سياسة تحويل أو نقل المسؤولية وصناعة القرار إلى المجتمعات المحلية. ومع ذلك، أصبح من الواضح سريعاً أن الكثير من السلطات الصحية ومجموعات الرعاية الأولية تضع في الاعتبار أن عدد 100000 حالة يعتبر قليلاً جداً، وخاصة للنقل إلى الهيئات والمستشفيات، وثلثين من هذه المستشفيات تعتبر اندماجية خلال الستة أشهر الأولى من عملها، ويبدو أنها كانت تعكس نظرة أوسع لأن الحجم النموذجي يقترب من 200000 وأكثر من 100000 حالة. (Bojke et al. 2001).

وفي هذه الورقة وضّح بوجكي (Bojke) وزملاؤه ما إذا كانت هذه الزيادة في الميزان شيئاً جيداً بالنسبة للخدمات الصحية بشكل عام، ووجدوا أن الحجم الكبير للمستشفى أو المؤسسة العلاجية ليس أفضل بالضرورة في ضوء الأداء واقتصاديات الميزان، فهل تستطيع أن تفكر في أي أسباب خاصة بذلك؟

## التغذية الراجعة:

أثناء المراجعة للبحث عن دليل، وجد هؤلاء الباحثون عدد من الأسباب عن لماذا لا يؤدي الاندماج إلى اقتصاديات ميزان:

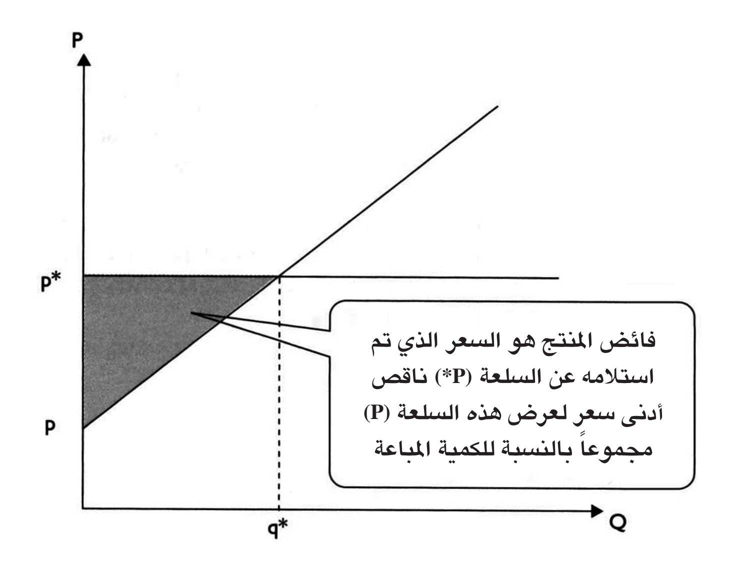
- لا يوجد دليل لاقتراح أن هناك اقتصاديات ميزان فيما يتعلق بمستوى حالات يصل إلى 100000 حالة، ويقترح الدليل الخاص بمنظمات إدارة الرعاية في الولايات المتحدة أن التكاليف الخاصة بتقديم الرعاية لكل فرد نزلت إلى الحد الأدنى عند مستوى السكان حيث كانت لا تزيد وربما تكون أقل من متوسط حجم مجموعات الرعاية الأولية والشركات.
- اقتصاديات الميزان الإدارية المتنبئ بها والتي تم تحقيقها من خلال خفض أعداد العاملين من ذوي المراكز التنفيذية العليا، لم يتم تحقيقها بما يعادل ما تم توقعه، ولم يتم تخفيض الأعداد كما تم توقعه، وتلك التي ظلت باقية تلقت مكافآت (تعويضات) أعلى وذلك بسبب تزايد المسؤوليات.
- تأثير الحجم على قوة المقايضة، أو الصفقات مع المولين ليست محققة بالضرورة، وبوجه خاص، الجماعات الأكبر في مجال الرعاية الأولية والشركات المندمجة قد لا يسمح لها بتحريك، أو نقل أعمالهم إلى ممول آخر.
- الحجم الأمثل للجمهور بالنسبة للتفويض يعتمد على الخدمات التي تتم عليها هذه التفويضات، وبالنسبة للخدمات التخصصية، فإن التفويض بالنيابة عن عدد كبير من الجمهور قد يكون ملائم، أما بالنسبة للخدمات العامة بشكل أكبر، فقد لا يكون ذلك هو الحال بسبب الحجم المرتفع للطلب.
- هناك بعض الأدلة على مواجهة اقتصاديات الميزان لأخطار التراكم (سوف تقرأ المزيد عن أخطار التراكم في الفصلين 11، 12) ولكن المكاسب الهامشية من التراكم تتلاشى بسرعة مع زيادة حجم السكان، ومتوسط حجم جماعات الرعاية الأولية والشركات المندمجة، والتمويل المالي الخاص بها، يكون كافياً حيث إنهم لا يواجهون أخطار الإفلاس.

- لا يوجد دليل على أن نشاط الحاكمية الإكلينيكية تستفيد من اقتصاديات الميزان: حيث إن المنظمات الأكبر تضع في الحسبان مواجهة المزيد من المشكلات في الاحتفاظ بالولاء المهني والاشتراك في تحسين نشاط الجودة والنوعية.

من الواضح أن الاندماجات كانت تسير وفقاً للافتراض الذي يشير إلى أن اقتصاديات الميزان سوف تتحقق، ومع ذلك، هناك دليلاً محدوداً على تدعيم ذلك، وفهماً أفضل للطبيعة الحقيقة لاقتصاديات الميزان، وهي ذات أهمية في تخطيط الاندماجات، أو زيادة ميزان النشاط، وكما رأيت أيضاً، فإن وظائف التكلفة تساعد المنتجين على تحديد المستوى المثالي للإنتاج، والآن سوف تكتشف كيف أنها تعتبر واحدة من أحجار البناء بالنسبة لمنحنى العرض.

## منحنى العرض:

تعرضت في الفصل الرابع لموضوع «منحنى الطلب»: وهو العلاقة بين الكمية المطلوبة وسعر السلعة، وبالمثل فإن منحنى العرض يستخدم كمصطلح لإيضاح العلاقة بين الكمية التي تم توريدها، والسعر، ومنحنى العرض يعكس رغبة المنتج إلى البيع عند كل سعر ومن ثم تكلفة الإنتاج، وفي الحقيقة، فإن التكلفة الحدّية هي الحد الأدنى للأسعار التي سوف يتلقاها المنتج لإقناعه لأن يبيع وحدة إضافية من السلعة المنتجة، وبهذه الطريقة يمكنك أن ترى أن منحنى العرض هو منحنى التكلفة الحدية، وكما أن منحنى الطلب يوضح العلاقة بين الطلب ومستوى الأسعار، فإن منحنى العرض يوضح العلاقة بين ما يتطلع المنتج إلى إنتاجه، وبين مستوى الأسعار، فعندما يتم بيع السلعة بسعر منخفض، فإن القليل من الموردين، أو العارضين فقط هم الذين يتطلعون إلى البيع، وعلى ذلك فإن الكمية المعروضة ستكون أقل، وعندما تزيد الأسعار على التكلفة الحدّية يكون هنا فائض لدى المنتج (انظر الشكل 6-7)، وفي هذه الحالة سيزيد عدد الممولين، أو العارضين الذين يتطلعون إلى بيع السلعة، وبذلك يرتفع مستوى العرض، والشركات، والمؤسسات تجد أنه من المفيد رفع الإنتاج، فقط إذا كانوا يستطيعون بيع السلعة بسعر مرتفع بدرجة كافية لتغطية التكاليف، وهذا يترجم إلى مصطلح «الفائدة الاقتصادية»، أو العائد الإجمالي ناقص التكلفة الإجمالية يكون أكبر من صفر.



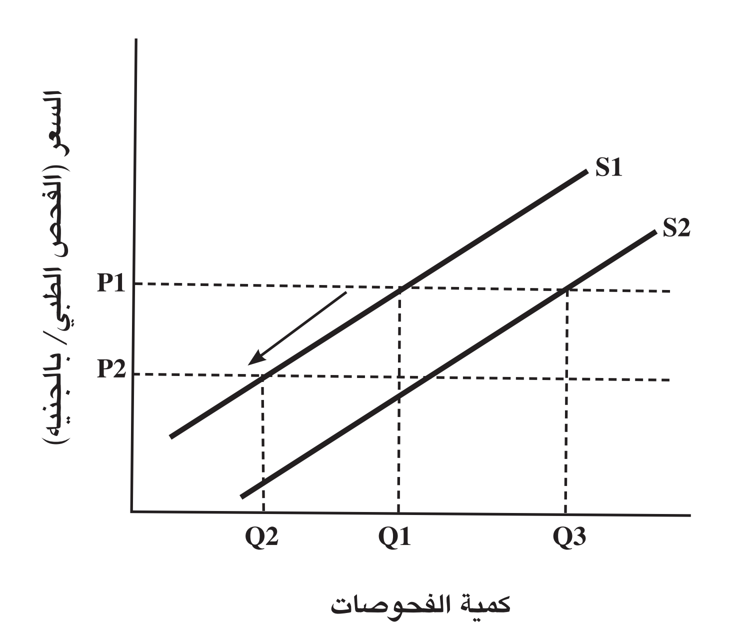

**(الشكل 6-7): فائض المنتج.**

تعلمنا في الفصل الثالث أن الكمية المطلوبة، أو كمية الطلب لها عدداً من العوامل التي تؤثر فيها، إضافة إلى السعر، فإن للعرض تأثيره الخاص كذلك، والمحددات الرئيسية للعرض تتضمن الآتي:

- سعر السلعة.
- أسعار المدخلات المستخدمة في إنتاج السلعة (مثل الطعام الخام، الزمن الخاص بالناس).
- الأسعار الخاصة بالسلع الأخرى ذات الصلة.
- الأسعار المتوقعة مستقبلا.
- عدد العارضين الآخرين.
- التقنية أو التكنولوجيا.

ويشير منحنى العرض أدناه، إلى أن هناك علاقة إيجابية بين سعر السلعة والكمية المعروضة (مع بقاء أي شيء آخر في الوضع نفسه)، ويوضح (الشكل 6-8) عرض الفحوصات الطبية للأسنان، ويمثل (S1) منحنى العرض الأصلي لفحوصات الأسنان عند السعر P1، وتم إعداد الأطباء لتقديم كمية محددة Q1 من الفحوصات.

الحركة على طول منحنى العرض مرتبطة بالتغير في السعر ذلك أنه إذا تغيّر سعر السلعة من P1 إلى P2 فسوف تتناقص الكمية المعروضة من Q1 إلى Q2، وإذا ظل سعر السلعة على حاله، ولكن حدث تغيير في عامل آخر يؤثر في سلوك العارض، فسوف يحدث هنا انتقال في منحنى العرض فعلى سبيل المثال إذا كان هناك زيادة في أعداد أطباء الأسنان المؤهلين وظلت العوامل الأخرى ثابتة، فإن الكمية المعروضة يتوقع أن تزيد عند مستوى كل سعر من الأسعار، وهذا يتم التعبير عنه من خلال انتقال منحنى العرض ناحية اليمين S1 إلى S2، وعند سعر ثابت (P1) فإن الزيادة في الكمية المعروضة يمثله الانتقال Q1 إلى Q3.




**(الشكل 6-8): العرض للفحوصات الطبية للأسنان.**

## نشاط 6-5:

هل هناك طرق يكون فيها عرض الخدمات الصحية في بلدك، يبدو أكثر تعقيداً من النموذج الموجود في هذا الفصل؟

## التغذية الراجعة:

العرض الخاص بالخدمات الصحية في حالة الممارسة يكون أكثر تعقيداً مِنْ النموذج الأساسي للعرض في الأحوال التالية:

1. نموذج العرض الذي قرأت عنه يفترض أن الهدف، أو القصد الوحيد للمنتج هو مضاعفة الفائدة، ومع ذلك فإن الذين ينتجون الرعاية الصحية حول العالم بما في ذلك الوكالات الحكومية والمنظمات التي تعمل دون الحصول على فائدة التي لا تتوخى الربح مثلها في ذلك مثل الشركات التي تعمل من أجل الربح.
2. حتى ولو كان المنتجون على درجة عالية من العمل الخاص، فإن هناك الكثير من التدخل الحكومي ـ الإعانات المالية، وضبط الأسعار، والتمويل العام، إلخ.
3. الحديث عن العرض الخاص بالرعاية الصحية يفترض أن الرعاية الصحية لها ناتج يمكن قياسه بطريقة موضوعية، وفي الحقيقة فإن معظم المرضى كأفراد يتلقون حزمةٍ كبيرة منٍ الخدمات والتي تصنع الشفاء لهم ـ فالرعاية الصحية ليست منتجاً متجانساً، لأنه من الصعب قياس المدخلات، والنواتج الخاصة بالرعاية الصحية (وخاصة الجودة، أو النوعية الخاصة بهذه الرعاية).
4. على غير ما هو موجود في السلع التي تم تصنيعها، يتم تقديم الرعاية الصحية بواسطة مجموعات من المهنيين المحترفين من الذين يقدمون التدريب، والتعديلات والقواعد، والرموز الأخلاقية، والتي تصب تأثيرها في احتياط الرعاية الصحية.

## الملخص:

تعلمت في هذا الفصل النظرية القائمة وراء منحنى العرض، فقد تعلمت كيف يستخدم مصطلح «وظيفة التكلفة»، في وصف العلاقة بين الناتج والتكلفة، واستخدام مصطلح «منحنى العرض» في وصف العلاقة بين الكمية المعروضة والسعر، كذلك فقد تعلمت عن المنحنيات الخاصة بمتوسط التكلفة والتكلفة الحدّية، وأهمية كل منهما في تشخيص اقتصاديات الميزان، وتم اختبار موضوع الاقتصاديات الخاصة بالميزان بالنسبة للخدمات الصحية، كذلك فقد تم إيضاح منحنى التكلفة الهامشية على أنه أساسي في منحنى العرض، وتقدمت نحو استكشاف عوالم أخرى، بعيداً عن التكلفة، التي تؤثر في عملية العرض، وفي الفصل التالي، سوف تستخدم معلوماتك عن منحنى العرض والطلب لترى كيف تتفاعل معاً وتساعد في تحليل السوق.

# الباب الثالث

# الأسواق

# Markets

# الفصل السابع

# نموذج مُبسَّط للسوق

# A Simple market model

## النظرة العامة:

في الفصل الثالث، والرابع تعلمنا عن الطلب وكيف يُعَّرف وكيفية قياس الاحتياجات، ومحدداته، وفي الفصل الخامس، والسادس استكشفت النظرية التي خلف منحنى العرض.

وفي هذا الفصل سوف نتعرف كيف أن العنصرٍين الأساسيين المتفاعلين في التسويق هما العرض، والطلب. لذلك يجب أن نلقي أولاً نظرة عامة على التسويق، ثم نقوم بتطبيقه على الرعاية الصحية.

## الأهداف التعليمية:

بعد العمل من خلال هذا الفصل نستطيع أن نتعلم:

- شرح كيفية تحديد السعر من خلال قوة العرض، والطلب.
- بيان، ووصف افتراض وجود سوق تنافسي تماماً.
- إعطاء أمثلة للأسواق التنافسية، والأقل تنافسية.
- إعطاء أمثلة لأسواق الرعاية الصحية، وافتراض كيفية تغيير السياسة المتأثرة بالعرض، والطلب.
- شرح سبب كفاءة الأسواق التنافسية.

## المصطلحات الأساسية:

**كفاءة التخصيص:** هي الحالة التي خُصِّصت فيها عوامل الإنتاج لتعكس احتياجات الناس (كمثال الطلب يقابل العرض). فالرفاهية الاجتماعية تم التعبير عنها بمعادلة MB=MC في كافة الأسواق، ولذلك لن يكون هناك بدائل بين الأسواق لزيادة الرفاهية من وراء هذا المستوى الحالي.

**توازن السوق:** هي الحالة التي يكون فيها السعر في سوق محدد بحيث الكميات المطلوبة مساوية للكميات المعروضة.

**كفاءة (باريتو Pareto):** هي الحالة التي لا يمكن فيها جعل شخص في حال أفضل دون جعل شخص آخر في حال أسوء (هي نقطة على حدود إمكانية الإنتاج)

**التنافس التَّام:** هي الحالة التي يكون فيها السوق مليء بالممولين للمنتجات المتشابهة مع علم كثير من الباعة بأسعار تلك المنتجات، فإذا لا تقييد لدخول تلك المنتجات إلى الأسواق.

**متلقي السعر:** هو الممول الذي لا يستطيع التأثير على سعر البضاعة، أو الخدمة التي يقدمها.

## لماذا من المهم أن نتعلم عن السوق؟

إن لفهم الطرق المختلفة لتسويق الرعاية الصحية، وطرق التمويل، والاستهلاك وتفاعلتها مع بعضها البعض الأهمية الكبرى لعديد من الأسباب. فالكثير من الخدمات الصحية تقاس بمقدار الإيجابيات، والسلبيات التي تقدم درجة من المنافسة في سوق الرعاية الصحية، والبعض يأخذ بعين الاعتبار مقدار ما يدفع في هذه الخدمات، أو ما يقدم من مخطط للتأمين الصحي. فكثير من موفري الخدمة يبحثون عن تحليل تأثير أنظمة الحكومات على السوق الصحي الخاص.

وهذه السياسات المختلفة تساهم في التغيرات التشرعية في سوق الرعاية الصحية، وتحليل تأثيراتها يتم غالباً باستخدام أدوات العرض، والطلب.

وكذلك ترجع أهمية معرفتنا عن السوق لكي نكون على دراية كاملة بمحدودية تلك الأسواق، وبالأخص في سياق الرعاية الصحية. ففي هذا الفصل، وملحقاته سوف نرى أن السوق في عملية الرعاية الصحية بالأخص يختلف اختلافاً تاماً عن الأسواق الأخرى، وحتى التشكيك بأساسيات هذه الإصلاحات.

## المكونات الأساسية للسوق:

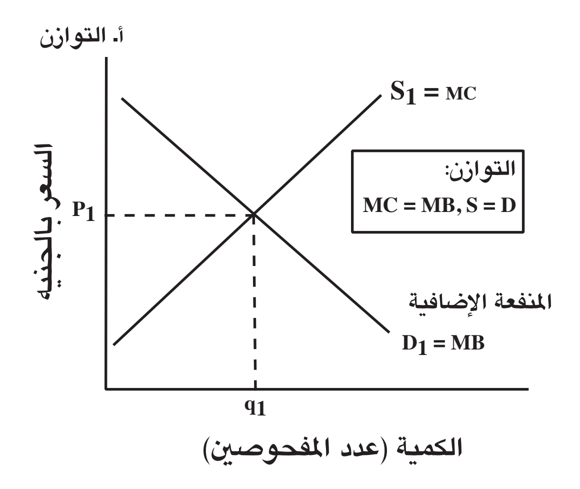
وهناك أنواع كثيرة من الأسواق، *فالسوق التنافسي التام* (أوما يطلق عليه اسم السوق الحرة) هو السوق الذي لا يوجد فيه أي تدخل، أو أي تنظيم من قبل الدولة ما عداً لفرض تعاقدات خاصة وملكية الأفراد، فالسوق التنافسي التام على النقيض تماماً من *السوق المحكم*، أوالمسيطر عليه. حيث تقوم الدولة مباشرة بتنظيم سير العمل وكيفية تداول البضاعة، وتأدية الخدمات، والعمالة، وكذلك تنظيم الأسعار، وتوزيعها. ففي هذا الفصل سوف نتطرق إلى كيفية عمل تلك الأسواق التنافسية التامة. فالسبب في ذلك مزدوج (ثنائي). أولهما: التفاعل بين العرض، والطلب في السوقٍ التنافسي الذي يترجم نظرية بوحداتٍ بنائية لتحليل السوق. ثانيهما: إن كثيراً من الأنظمة الصحية حول العالم حالياً حققت، أو نظرت في إصلاحات السوق الموجه داخل القطاع الصحي، وهذه الإصلاحات أُقيمت على أساس أن الأسواق تعمل بشكل جيد (كفاءة) وعلى أساس المنافسة المتكاملة. عند تحليل أثر هذه الأسواق متضمنة الرعاية الصحية لمختلف المبادرات السياسية فغالباً ما يتم باستخدام أدوات العرض، والطلب. ولقد تم اكتشاف مدى تأثير وظائف العرض، والطلب. ففي هذا الفصل سوف نقوم بمزج هذين المفهومين لتوضيح ما قد يحدث في الأسواق عند حدوث الأحداث المختلفة.

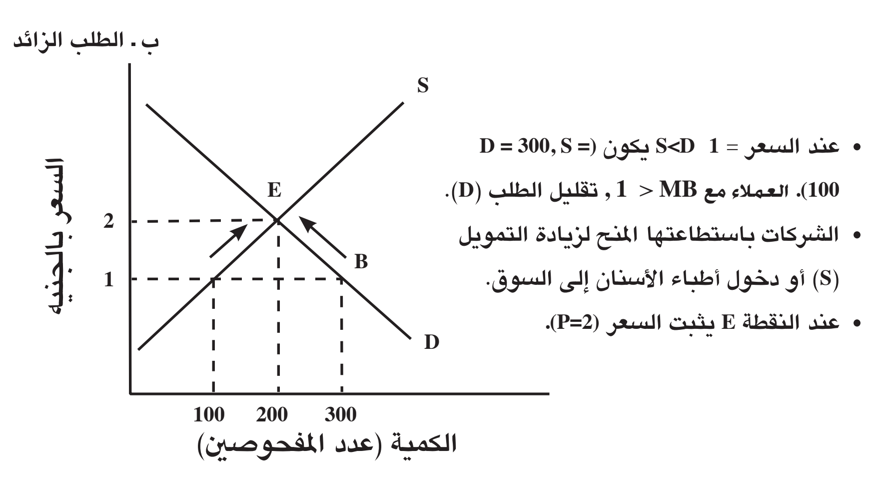
## توازن السوق:

إن الاقتصاديين شأنهم شأن المهندسون، والفيزيائيون يقومون باستخدام مصطلح *التوازن* لوصف حالة من الاستقرار، والتوازن، والانسجام. فعندما يكون نظام السوق في حالة من الاتزان فإن كل من يشارك فيه يشعر بالرضا، وليس هناك سبب للتغيير من السلوك، والتصرفات، وكذلك يكون هناك ميل، ورغبة في الإنتاج، وبقاء الأسعار كما هي بدون تغيير، وعند أي سعر آخر يكون المنتجيين، أو المستهلكيين على غير قناعة ويظلون يبحثون، وينقبون، ويقومون بتغيير سياسة العرض والطلب، التي من شأنها أن تغير السلع إلى أن يحدث التوازن المطلوب.

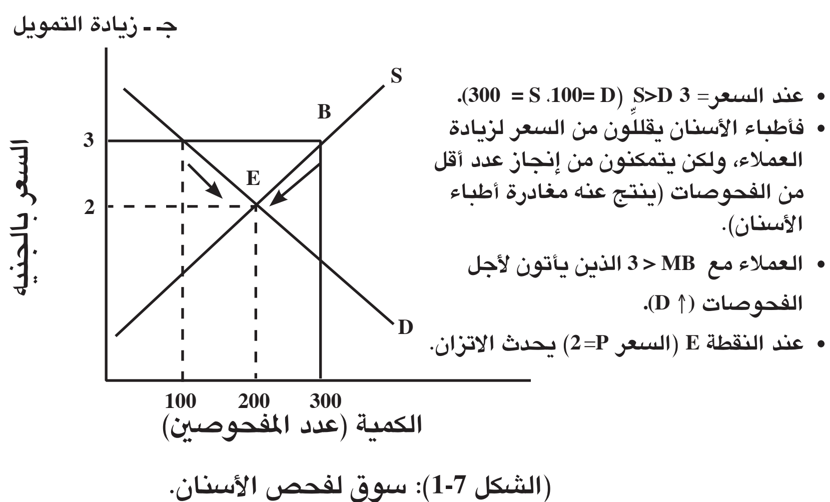
على سبيل المثال فإن أي زيادة في الطلب يقابلها مزايدة من قبل المستهلكين يؤدي إلى زيادة السعر بينما زيادة العرض من قبل المصدرين يؤدي إلى انخفاض السعر. فهاتان العمليتان باستمرار تؤديان إلى إعادة بناء التوازن في السوق. لذلك إن التفاعل الحر بين المستهلكين، والموردين في الأسواق ميكانيكياً يؤدي إلى حدوث الحالة التي يكون عليها كمية العرض تقابل كمية الطلب، وهو ما يعرف بكفاءة التخصيص.

بمواصلة التحليل في سوق فحص الأسنان من الفصل السادس (والشكل 7-1) خير وصف للسوق الافتراضي، وكيفية تحقيق التوازن فيه.




- عند السعر = 1 S<D يكون (D = 300, S = 100). العملاء مع MB > 1 , تقليل الطلب (D).
- الشركات باستطاعتها المنح لزيادة التمويل (S) أو دخول أطباء الأسنان إلى السوق.
- عند النقطة E يثبت السعر (P=2).




- عند السعر= 3 S>D (D=100، S = 300).
- فأطباء الأسنان يقلِّلون من السعر لزيادة العملاء، ولكن يتمكنون من إنجاز عدد أقل من الفحوصات (ينتج عنه مغادرة أطباء الأسنان).
- العملاء مع MB < 3 الذين يأتون لأجل الفحوصات (D ↑).
- عند النقطة E (السعر P= 2) يحدث الاتزان.

(الشكل 7-1): سوق لفحص الأسنان.

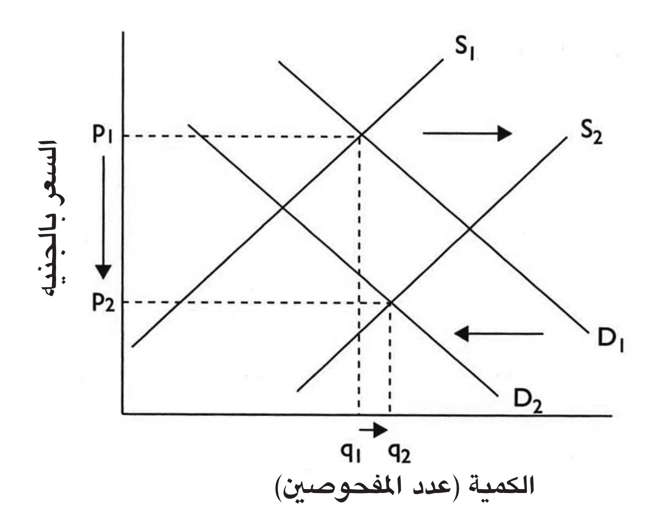
سوف نتذكر أن منحنى العرض يعكس التكلفة الهامشية للبائع (تكلفة إنتاج وحدة إضافية) (Mc)، ومنحنى الطلب يقوم بعكس الفائدة الهامشية (المنفعة الإضافية) (Mb) التي يتلقَّاها المستهلك لكل وحدة (فالشكل 7-1) يطلعنا على أنه هناك سعر واحد فقط لهؤلاء الأشخاص الذين يقومون بالشراء والفحص شأنهم شأن أطباء الأسنان الذين يقومون بالبيع فهذا ما يدعوا بتوازن السعر (P1)، كما لاحظنا في ما سبق، وعند أي سعر آخر فإن المستهلكين، والمنتجين قد يكونون مستاءين، لذا يبحثون عن التغيير في السعر. فعلى سبيل المثال: لو أن هناك زيادة في طلب المستهلك هذا يؤدي إلى المزايدة في السعر بينما إن كان عرض المنتج فهذا يؤدي إلى انخفاض في السعر كما ذكرنا سابقاً كون أن كلتا العمليتين تستمران إلى أن يتم حدوث التوازن.

ولنفرض الآن أنه سوق فحص الأسنان حالياً بحالة توازن، فماذا يحدث إذا افترضنا أنه في مدينة ما يوجد عيادات أطباء أسنان، وتم نقلها خارج المدينة، من جانب العرض فإنه من المحتمل أن تكلفة المباني، والأرض سوف تتراجع إلى الوراء، وهذا التراجع يؤدي إلى زيادة في كمية الفحوصات المقدمة لجميع الأسعار. ففي هذه الحالة إن منحنى العرض سوف يتجه إلى اليمين، لاحظ أن هذا المثال قد تم تبسيطه، وبالموقع قد يكلف أكثر لكي نجذب أطباء الأسنان للعمل خارج المدينة.

كذلك الطلب سوف يتأثر فعلى سبيل المثال: حينما تصبح العيادات أكثر بعداً فإن المرضى سيكون عليهم السفر، فضلاً عن إمكانية تحملهم تكلفة أعلى في المواصلات وزيادة في الوقت للوصول إلى تلك العيادات، فارتفاع التكلفة يؤدي إلى انخفاض كمية الفحوصات المطلوبة لجميع الأسعار مما يؤدي إلى اتجاه منحنى الطلب إلى اليسار، فتأثير زيادة العرض يؤدي إلى سقوط توازن السعر، شأنه شأن تأثير تراجع في الطلب.لذلك فالمحصلة النهائية للنقل سوف تؤدي إلى هبوط في السعر، والتأثير النهائي في كمية التبادل التجاري يكون أقل وضوحاً.

والزيادة في العرض (مع ثبوت كافة العوامل) يؤدي إلى زيادة حخم التبادل التجاري. بينما هبوط معدلات الطلب يؤدي إلى قلة كمية التبادل التجاري. فتغير عامل واحد يؤدي إلى التأثير على بقية العوامل.

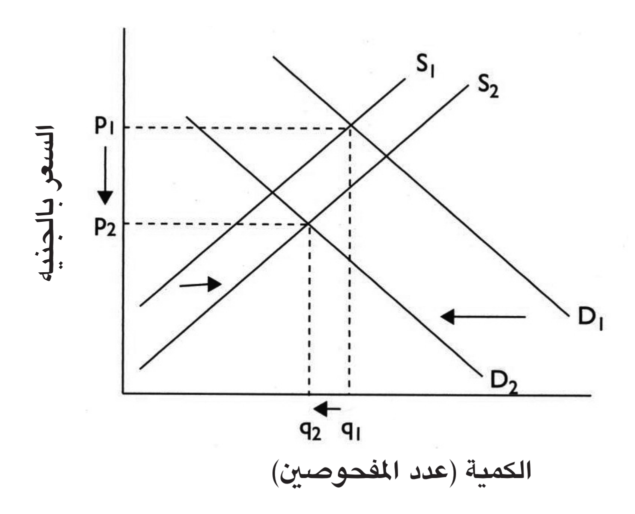
هناك نتيجتان يمكن تصورهما الأولى: من المحتمل أن يكون هناك زيادة في كمية ما يتاجر به كما يوضح (الشكل 7-2).




**(الشكل 7-2): تأثير النقل في عيادات الأسنان (1).**

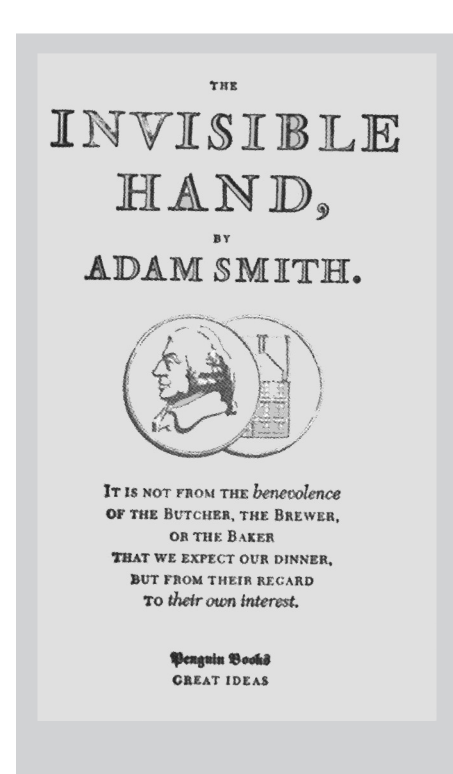
نستطيع بالتبادل التعبير عن النقص في الكمية المتبادلة كما هو موضح في (الشكل 7-3).

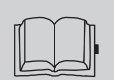
الاحتمال الآخر أنه لا تغيير في كمية الطلب، فالنتيجة النهائية تعتمد على إدراك الطلب لزيادة تكلفة السفر، وكذلك إدراك العرض بتقليل من التكلفة.




**(الشكل 7-3): تأثير النقل في عيادات الأسنان (2).**

لقد أثبتنا الآن أن بالأسواق الحرة سوف تتبع تلقائياً تتوازن بين السعر، والكمية. وهذه هي الافتراضية الأولى التي وضعها أدم سميث (Adam Smith) في عمله *(The wealth of nations)* في سنة 1776. فسوف نستعرض خلاصة هذا الكتاب.



كل فرد من الضروري أن يقوم بعمل لزيادة العائد السنوي لمجتمعه على قدر استطاعته. فهو عموماً لا يعتزم ترقية المصلحة العامة، ولا يعرف كم تكلف هذه الترقية. فتفضيل الإنتاج المحلي على الصناعات الأجنبية. من شأنه أن يحقق الأمن الداخلي، وكذلك توجيه الصناعة من وفق الأسلوب الذي يقدم قيمة عظيمة. فهو يعتزم مكسبه الشخصي، وهو في ذلك شأنه شأن حالات أخرى عديدية، بقيادة اليد الخفية لتحسين النماية التي لم تكن جزء من نيته. ولا هي دائماً أسوأ للمجتمع مع الناجزء منه. وبمواصلة اهتماماته الشخصية فهو يستمر بترقية المجتمع بفعالية أكثر من نيته الشخصية لترفيه المجتمع. أنا لا أعرف عن كثير من البضائع تم تصنيعها بهذه الطريقة هل أثرت على تجارة السلع العامة.

Smith (1776)

بناء على نظرية أدم سميث، فإن النظام الذي يتبع (اليد الخفية) قد تم فرضه للعمل في السوق الحرة، وسوف نتعلم الكثير من الشروط اللازمة لعملية الأسواق الحرة في القسمين القادمين.

## الأسواق التامة المتنافسة، والكفاءة:

مما لا شك فيه إدراكنا لمصطلح الكفاءة يحمل معانٍ مختلفة. بعض من مرادفاته لسناها في الفصل الأول. فالمعاني المختلفة له تتعلق بالمستويات المختلفة لصناعة القرار، وتعود إلى كيفية تخصيص المصادر النادرة. فكيف يحدث هذا بالضبط في السوق التنافسي التام؟

تصف كفاءة التوزيع الحالة التي تكون فيها المصادر متخصصة، وكذلك السلع موزعة بطريقة تضاعف الرفاهية الاجتماعية، فالرفاهية الاجتماعية هي المجموع الكلي للفائدة الاجتماعية مطروح منها التكلفة الاجتماعية الكلية في سوق محدد الرفاهية الاجتماعية يبعد عنها عن طريق المنطقة التي تكون تحت منحنى الهامش للفائدة الاجتماعية، وفوق منحنى هامش التكلفة الاجتماعية. إن الرفاهية الاجتماعية تكون في أعلى مستوى لها عندما يكون هامش الفائدة الاجتماعية مساوٍ لهامش التكلفة الاجتماعية النقطة (BQ) الموضحة في (شكل 7-4).

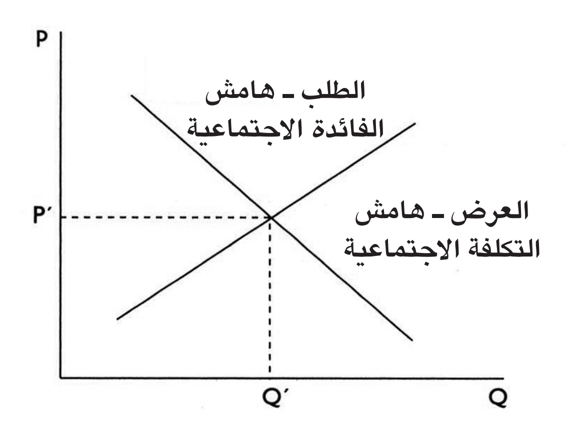
عندما يكون هامش الفائدة الاجتماعية أكبر من هامش التكلفة الاجتماعية فإنه بالإمكان زيادة الرعاية الصحية عن طريق زيادة الكمية لأن الزيادة في الفائدة تكون أكبر من التكلفة الإضافية، والعكس صحيح، أما إذا كان هامش الفائدة الاجتماعية أقل من هامش التكلفة الاجتماعية فإن الزيادة في الرفاهية الاجتماعية تكون عن طريق نقص الكمية لأن الفائدة المفقودة تكون أقل من القيمة المتوفرة. إن هامش الفائدة الاجتماعية السوق الحرة تكون ذات كفاءة *متخصصة* إذا كان الطلب مساوٍ لهامش الفائدة الاجتماعية.

أما على صعيد العرض، فإننا نقوم بمواجهة شروط الكفاءة التي تسمح للعرض أن يكون مساوٍ إلى هامش التكلفة الاجتماعية في الفصل الخامس والسادس: يحتاج المنتجون *تقنياً، واقتصادياً إلى للكفاءة*. وبدون هذه الشروط في المكان فإنه سوف يكون هناك طريقة للتحسن في تخصيص الموارد دون عمل أي شخص أسوء.

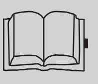
هامش الفائدة الاجتماعية في الفصل الثامن سوف نكتشف الحالة التي لا يعكس فيها الطلب بالضرورة هامش الفائدة الاجتماعية، وكيفية استخدامها.

قم بقراءة خلاصة بالمر، وتورجيرسون (Palmer and Torgerson 1999) الذين قاموا بوضع نظرة عامة على مختلف التعريفات عن الكفاءة، وكيفية استخدامها بصناعة القرار في تقديم الخدمات الصحية.

فالاقتصاديون تناقشوا حول أن تحقيق الكفاءة العظمى من المصادر النادرة يجب أن يكون معيار رئيسي لتحديد الأولويات، ومن الملاحظ أنه يؤخذ من بالمر، وتورجيرسون (Palmer and Torgerson 1999) ثلاثة مفاهيم تتعلق بالكفاءة: التقنية والنمو، والتخصيص.




**(الشكل 7-4): كفاءة التخصيص.**



*كفاءة التقنية* ـ تعكس العلاقة الفيزيائية بين الموارد (رأس المال والعمالة) والناتج الصحي. فحالة الكفاءة التقنية تتحقق عندما يتم الحصول على أقصى تحسينات ممكنة من موارد الدخل المختلفة. إن التدخل يكون غير ذو كفاءة تقنية عندما يمكن إنتاج نفس أو أكبر منه باستخدام نوع أقل من المدخول من الذي تم المساهمة به. عند النظر إلى علاج مرض تخلل العظام على سبيل المثال نقوم باستخدام دواء ألندرونات (Alendronate)، وأظهرت تجربة حديثة عشوائية بتأثيره وجد أن عشر ملي جرام يومياً من هذه الجرعة تكون فعالة كجرعة عشرين ملي جرام، وبالتالي الجرعة القليلة تقنياً تكون أكثر كفاءة.
*الكفاءة الإنتاجية (الكفاءة الاقتصادية)* ـ وكفاءة التقنية مباشرة مقارنة بالتدخلات البديلة، فالتداخل الواحد الذي ينتج نفس الناتج صحي، أو أفضل منه مع أقل، أو أكثر من مورد آخر. اعتبر على سبيل المثال سياسة التغيير من تحري سن الأمهات على التحري الكيميائي الحيوي لمتلازمة داون التقصيات الكيميائية الحيوية تستخدم عدد أقل من بزل السلى. لكن قد يتطلب أيضاً استخدام مورد آخر الاختبار الكميائي الحيوي. فمنذ استخدام تركيبات مختلفة للمدخول، والاختيار بين التداخلات يعتمد على قاعدة التكلفة النسبية للمدخولات المختلفة. يشيد مفهوم الكفاءة الإنتاجية إلى تحقيق أعلى إنتاج صحي التكلفة محددة، أو بأقل تكلفة لإنتاج محدد.

فإذا كان مجموع التكلفة للبرنامج الجديد للتقصي في الكيميائي الحيوي أقل من، أو مساوٍ لبرنامج عُمْر الأمهات، وكانت النتيجة مساوية، أو أفضل بذلك يكون هذا البِرنامج الكيميائي الحيوي قد حقق الكفاءة الإنتاجية مع علاقته بأعمار سن الأمهات، ففي الرعاية الصحية تُخوِّل الكفاءة الإنتاجية على تقدير إمكانية القيمة النسبية للمال الداخل مباشرة مع المقارنة بالناتج المحقق. فلا نستطيع وضع عنوان لتأثير الموارد المعاد تخصصها على مستوى واسع. فعلى سبيل المثال رعاية المسنين صحياً، وعقلياً لأنه الناتج الصحي سيكون غير متكافئ.

*كفاءة التخصيص* ـ من شأنه أن يعلمنا عن قرار تخصيص الموارد في هذا السياق حيث إن للقياس العالمي للكفاءة مطلوب. إن أخذ مفهوم كفاءة التخصيص في الحسبان ليس فقط الكفاءة الإنتاجية التي تكون فيها موارد الرعاية الصحية المستخدمة للإنتاج الصحي، ولكن الكفاءة الإنتاجية تكون مُوَّزعة بين أفراد المجتمع. ومن وجهة نظر مجتمعية كهيئة تكون متأصلة في اقتصاديات الرفاهية ولها اشتراكات مع تعريفات تكلفة الفرصة. يكون نظرياً نمط الكفاءة للمصادر المستخدمة للأنماط المتبادلة تجعل على الأقل شخصاً واحداً مستاءاً منها.

وعملياً يكون الالتزام الصارم لهذا المعيار، وتحقيقه مستحيلاً، وإضافة إلى أن هذا المعيار من شأنه القضاء على التغيّرات غير الكافية التي يكون من نتيجتها أن يكون كثير من الناس أفضل حالاً في النفقات من هؤلاء القلة الأسوأ حالاً. وبناءاً على ذلك فإن القرار التالي يكون متكيفاً، والكفاءة التخصصية تتحقق عندما تكون تلك الموارد مخصصة لتحقيق أعلى رفاهية في المجتمع.

إن الكفاءة التقنية تعنون قضية استخدام موارد محددة في تحقيق أعلى فائدة. فالكفاءة الإنتاجية لاختيار التركيبات المختلفة للموارد لتحقيق أعلى منفعة صحية لتكلفة محددة، والكفاءة التخصصية هي تحقيق المزيج الصحيح لبرنامج الرعاية الصحية لرفع شأن المجتمع صحياً، وعلى الرغم من أن الكفاءة الإنتاجية تتضمن الكفاءة التقنية الكفاءة تعني ضمنياً الكفاءة الإنتاجية. ليس من هذا التحديث ضمنياً أهمية لمواجهة محدودية المصادر، فمفهوم الكفاءة الإنتاجية سوف يقضي على عدم كفاءة الفاعلية التقنية لدخل الموارد متحدة، ومفهوم الكفاءة التخصصية سوف يقضي على تخصيص مصادر الكفاءة الإنتاجية.

(Palmer and Torgerson 1999)

كلمة تحذير: سوف تجد قراءتك لاحقاً أن استخدام هذه المصطلحات يتنوع فيها المفردات التالية. على سبيل المثال (تقنياً) نجد أن الكفاءة أحياناً تعكس العملية التكنولوجية، الميزان، أو المنتج، فالكفاءة الإنتاجية أيضاً تعكس الكفاءة الاقتصادية. وهناك يظهر بعض التعقيد كالكفاءة التخصصية بالتبادل مع *كفاءة (باريتو)*.

ولكن ما هي كفاءة (باريتو)؟ في الفصل الأول تعلمت أنها هي الحالة لا يمكن فيها جعل الشخص أفضل من دون جعل غيره أسوأ، وكذلك إذا كانت المصادر تخصيصها غير فعال (في مصطلح باريتو) سوف تجعل من الممكن أن يكون واحداً أفضل دون جعل شخص آخر أسوأ. حيث أن السياسة، أو المداخلة هي التي تجعل الأشخاص الأسوأ حالاً لديهم رضا، أو تعويض على أرضية الكفاءة. ففي الحقيقة كفاءة (باريتو) ممكنة نادراً، وبشكل عام عادة، نال رابحون وخاسرون في أي تبادل. هو صحيح فقط إذا كان العالم يستطيع رؤيته، والحكم عليه من العائد الخارجي من الأسواق التامة التنافسية التي يكون فيها وصف منحنى العرض، والطلب فوق، وهناك كفاءة تقنية، وإقتصادية. الأهم عند النظر إلى كفاءة (باريتو)، أن الاقتصاديين يقيمون فقط كفاءة توزيع الموارد. فهي لا تستطيع أن تخبرنا عن حركة التوزيع المتصف كما ستكتشف بنفسك في النشاط التالي.

## نشاط 7-1:

1. ماذا تعني نظرية «اليد الخفية» في الاقتصاد؟
2. هل تتوقع أن تخصيص كفاءة (باريتو) منصفة أوعادلة؟

## التغذية الراجعة:

1. القاعدة الاقتصادية الافتراضية الأولى وضعها آدم سميث في القرن الثامن عشر فهي تصف الحالة التي تكون فيها الأسواق تامة التنافسية تلقائياً محدثة لحالة الاتزان بين السعر، والكمية، وعلى ضوء نظرية اليد الخفية كل منّا يستطيع تمثيل ما يعبر عن اهتماماته الشخصية حيث تتولد الحاجة للبضاعة، والخدمات التي تجبر الآخرين على تسليم البضاعة، والخدمات بالأسلوب الأكثر كفاءة.
2. من الجيد أن نحقق في السوق كفاءة (باريتو) لأنها تعني أن المنفعة الكلية للمجتمع سوف ترتفع إلى أقصى نقطة. فهذا يعني أن مجموعة المنافع لكل شخص سوف

ترتفع. مهما يكن ذلك لربما يعني أن بعض من الناس سوف تكون لديهم كمية كبيرة من المنفعة، ولكن الآخرين منهم لديهم كمية أقل بالمقارنة. فقد أساعدك لكي تفهم هذا. فمثلاً دعنا نقول أن لديك مليون برتقالة، وكل شخص لديه أيضاً. فهذا باستطاعة كفاءة (باريتو) أن تزودنا بأنه لا مفر من الحصول على مليون برتقالة دون جعل شخص آخر أسوأ. فهذا ما يعني أن تخصيص كفاءة (باريتو) ليس لها علاقة بالعدالة. فإنه في هذه الحالة يوجد مجال للتدخلات الحكومية حتى لو يوجد كفاءة أي على أرضية العدالة.

لقد رأينا في هذا الفصل أن آلية التسوق فعالة تماماً في تخصيص الموارد بأسلوب كفؤ، ورغم أن الأسواق التامة التنافسية ليست ممكنة في كثير من الأوضاع وعبارة عن نظرة مثالية في العالم الاقتصادي، وحقيقة فإنه في الصفقات الاقتصادية يكون الوضع أكثر تعقيداً. وهذه التعقيدات تستطيع أن تؤدي إلى نقص في الكفاءة ومما يلحق به خسارة في الرفاهية الاقتصادية.

فسوف نرجع إلى هذا في الفصل القادم وفي الفصول المتلاحقة لنتحدث عن تموين الرعاية الصحية، ولكن سوف نلقي نظرة أولاً على الشروط التي تندرج تحت السوق التنافسي.

## شروط الأسواق التنافسية التامة:

السوق التنافسية التامة تستطيع العمل بكفاءة إذا توفرت لها الشروط التالية، أو تحققت:

- المنتجون يبيعون نفس السلعة (التجانس).
- كثير من البائعين، والمشتريين.
- عدم وجود قيود على الباعة المحتمل دخولهم في السوق.
- إعلام المشتريين، والباعة بالأسعار.

إن نظام الرعاية الصحية في البلد التي نعيش فيها، ونعمل بها ربما تعرض هذه المميزات لمختلف الدرجات المتنوعة، وعلى سبيل المثال، ومن الشائع تكون بعض الخدمات لممول واحد، وفي النشاط التالي سوف نكتشف كلاً من تلك المميزات بالتفصيل.

## نشاط 7-2:

1. لقد تحدثنا سابقاً أن السوق التامة التنافسية يندرج تحتها أن المنتج المسوّق لابد أن يكون *متجانساً* فهذا يعني: أن البضاعة، أو الخدمة المقدمة لا بد أن تكون موحدة، ولا نستطيع تمييزها من بائع إلى آخر. فعندما تحدثنا عن المفحوصين لدى أطباء الأسنان في المثال السابق، فقد تعاملنا مع هذه الفحوصات كأنها واحدة بغض النظر عن أطباء الأسنان، وما يقدمونه من خدمات (مع افتراض التجانس) هل تعتقد أن المفحوصين لدى أطباء الأسنان في مدينتك، أو بلدك متجانسون؟ هل تستطيع التفكير في أمثلة سلع، أو منتجات تكون متجانسة؟

2. الشرط الثاني هو أن السوق لا بد أن يبنى على كثير من *الباعة، والمشترين* وكل منهما يجب أن لا يشكل نصيب هام في المعاملات (الصفقات)، وبهذه الطريقة لن يكون هناك أي أحد ممول بطريقة تتحكم في السوق، وتؤثر في سعره. فجميع الممولين في هذه السوق يعتبرون آخذين أسعار، لذلك سوف أن يقومون ببيع بضائعهم بالضرورة في سعر سوق، والتي تكون كمية محددة وراء السيطرة الفردية لأي شخص، فهل تستطيع التفكير في سوق الذي يكون فيه الكثير من الممولين، ولا يستطيع أحد من البائعيين التأثير على السعر في السوق؟

3. الشرط الثالث أنه لابد أن يكون هناك عدم وجود *حواجز للدخول، أو الخروج* إلى السوق. فالممولين المحتملين باستطاعتهم الدخول إلى السوق إذا كانت الفرصة مربحة موجودة، وهذا يعني أن الممول المحتمل لا بد أن يكون لديه مصادره التي يحتاجها للدخول إلى السوق، من ناحية أخرى الممولين الموجودين يجب أن يكونٍ باستطاعتهم مغادرة السوق عندما يريدون. فهذا يعني أن هذا السوق قابلاً للطعن، وكلما طال تعلقهم في السوق على الرغم من قلة عدد البائعين في السوق. يجب عليهم أن يتصرفوا كما لو كانوا كثيراً يستطيعون تغيير السعر عن هؤلاء الذين يقتحمون السوق للمنافسة. هل يمكنك التفكير في سوق سهل الدخول؟ وماذا عن سوق صعب الدخول؟

4. الشرط النهائي للتنافس التام هو توفر *المعلومات* لكل من البائع، والممول تحت منافسة الأسواق التامة. فالمشتريين، والممولين يجب أن يكونوا على علم بقوائم الأسعار الموضوعية عن طريق الممولين، والمشتريين يجب أن يكونوا على علم متى يقوم الممول بأعلى من سعر السوق خاصة أو إذا كانت السلع المباعة مزورة أو بها عيب، أو ذات مواصفات مختلفة لمثيلاتها في السوق. هل تعتقد أن معظم أسواق العالم تتمتع بالتنافسية التامة أولا؟ هل تستطيع التفكير بوجود أمثلة للأسواق التي تتحقق فيها تلك الشروط الأربعة في الأسواق التنافسية.

5. هل تعتقد أن الخدمات الصحية في بلدك تامة التنافس اشرح مع ذكر السبب بالإيجاب.

## التغذية الراجعة:

1. على افتراض تجانس البضاعة فإن هذا يعني أن المشتري سوف يكون غير مبالٍ بأن يقوم بالشراء من ممول، أو آخر، وسوف يقوم بالبحث عن ممول آخر الذي لديه سعره أقل. هذا سوف يجعلك تجادل أن الفحوصات لدى أطباء الأسنان ليست متشابهة حتى إذا كانوا من نفس المنطقة، فبعض من أطباء الأسنان ربما يقومون بتنظيف أسنانك كجزء من الفحص، بينما البعض الآخر لا يقوم بذلك، وبذلك علاجٍ المفحوصين لدى أطباء الأسنان هو تبسيط. وعندما ننظر إلى الاحتياجات فغالباً ما تكون خدمات الرعاية الصحية طبيعية غير متجانسة. وبالمقابل فإن الكثير من منتجات الرعاية الصحية مثل الحقن، أو الأدوية الدارجة في الصيدليات تكون متجانسة بالنظر إلى ما وراء الرعاية الصحية. إن كثيراً من السلع المزروعة مثل تشكيلات محددة في القهوة، والحبوب، والتفاح، أو الطماطم هي أمثلة في البضائع المتجانسة.

2. إن المئات من الأفراد في بنكوك، وتايلاند يقومون بتصنيع المعكرونة كسلعة، وهذا يعتبر مثالاً جيداً لهذه الحالة. فإذا قام الفرد المالك لهذه البضاعة برفع سعرها أعلى من سعر باقي المتنافسين فبالتالي المشترين لن يساندوا هذا الرفع، ولكن من الممكن بسهولة أن يتوجهوا إلى منتج آخر لهذا النوع من المعكرونة. فنحنٍ نعلم إنه في مجال الرعاية الصحية هناك بعض الخدمات تكون أكثر تخصصاً من غيرها. عدد البائعين قليل نسبياً، ونحن نعلم أن في المناطق الريفية السفر من ممول إلى أخر يكون دائماً مكلف وباهظ الثمن، وفي هذه الحالة فإن المستشفيات المحلية في تأثيرها تعتبر كالمورد المحتكر لهؤلاء السكان.

3. سوق صناعة المعكرونة يعتبر من السهل دخوله. كما أنك تحتاج قليلاً من المواد لكي تعد نفسك كبائع للمعكرونة، وصناعة الطيران مثال للسوق التي يصعب دخولها. فأنت تحتاج الكثير من المال لكي تستطيع أن تحصل على الطائرات. وكذلك التفاوض للحصول على حق الهبوط في المطارات المختلفة إلخ، وفي حالة الرعاية الصحية، وذلك يشمل طب الأسنان. هناك قيود واضحة للدخول إلى السوق، وطول فترة التدريب، وتكلفتها، وكذلك رخصة المتدربين، وتسجيلهم تعتبر الأوضح في هذا المجال.

4. إن كثيراً من أسواق العالم الحقيقية لا تتبع على وجه التحديد هذا النموذج. فعلى سبيل المثال في سوق (مشغل الصيغة MP3 للموسيقى) Mp3 (MPEG Layer 3 Player) فإنه يتنافس مع عدد قليل من الممولين للأدوات التي تصنع من قبل شركة Apple ،Sony Samsung ،Toshiba) (Microsoft، ولكن لأن 73 % من الناس يقومون بشراء مشغل الموسيقى الجديد للصيغة الصوتية Mp3 المختار من (Apple IPod) لما له من أهمية التحكم نظراً لقيمة مبيعتهم. فإذا قررت شركة Apple رفع الأسعار فإن كثيراً من الناس سوف يقررون الشراء من شركة SONY، أو-MICRO SOFT بدلاً من (Apple)، ولكن كثير من الناس سوف يقررون شراء IPod ذات السعر الأعلى. فهذا السوق لا يناسب نموذج السوق التنافسية، وبالرغم من ذلك فإن بيع الطماطم في سوق السبت في آكرا (غانا) يعتبر مثالاً جيداً للسوق التامة التنافسية فالطماطم إلى حد كبير متماثلة. فكثير من البائعين وآلاف من المشتريين يصلون كل سبت لشراء، وبيع هذا المنتج. فلا يوجد قيود لدخول هذا السوق، وكذلك هناك مصادر قليلة مطلوبة للدخول. إن المعلومات عن الأسعار متوفرة، وشروط الأسواق التامة التنافسية، تقرر الممولين هم آخذي الأسعار. ففي الواقع إذا قررت المرأة رفع السعر فوق بقية المتنافسين. فإن المشتريين ببساطة سوف يقومون بالشراء من محل مختلف. مثال آخر فإن السوق يمكن أن تكون بالمشاركة من قبل شركة كبيرة. بإمكانك التفكير في عدد قليل آخر.

تكون في الرعاية الصحية معظم المعلومات الطبية معقدة، ولا تستطيع أن تفهم بسهولة من قبل شخص عادي. وهذا يتفاقم بحقيقة أن كثيراً من الأمراض لا تقوم بإعادة نفسها. وبذلك فإن قيمة الحصول على معلومات عنها يكون ذو تكلفة عالية حيث تستطيع محاورة المريض الذي لديه معلومات كثيرة عن طريق الطبيب المتدرب.

5. هناك عدة طرق للخدمات الصحية التي لا تكون متنافسة تنافساً تاماً.

أ. في بعض مناطق الخدمات صحية هناك الكثير من الممولين، والبعض الآخر لا يوجد لديه. عموماً فإن الرعاية الأولية مزودة بعدد كبير من الأطباء ومجموعات صغيرة من المتدربين المختصين في تقديم الخدمات التي غالباً ما يكون لديها القليل من الممولين.

ب. هناك حواجز لدخول نظام الرعاية الصحية. فالأطباء، والممرضين، وكذلك الفنيين بحاجة إلى مؤهلات، ورخص قبل أن يقوموا بتقديم الرعاية الصحية. وكذلك المستشفيات تستلزم كثيراً من الاستثمارات.

ج. المولين المختلفين لا يقومون ببيع سلع متماثلة النوعية (أو على الأقل سمعة هذا النوع) من الرعاية، والخدمة يكون متنوعاً بين المولين.

د. في كثير من الرعاية الصحية، فإن المستهلكين ليس لديهم معلومات كافية عن كثير من الخدمات التي يحتاجونها، ولا يستطيعون التأكد من اختلاف في الجودة بين المولين.

إن نظام الرعاية الصحية في بلدك ربما يكون له ميزات مختلفة المدى، وربما من المحتمل أنٍ يحتوي على معظم، أو كل المميزات، ولبعض من هذه الخدمات ربما يكون هناك ممولاً واحداً.

عندما تكون الأمثلة للأسواق التامة التنافسية صعبة الإيجاد في مجال الرعاية الصحية فهذا لا يعني أن قوى السوق لا تعمل هناك. كما سنرى في الأمثلة القادمة.

## الأسواق في الرعاية الصحية:

لقد أصبح الآن لديك فكرة عن قوة الإمداد، والطلب تعمل في السوق التام التنافسية الذي يضع شروطاً صارمة، وضرورية لتحقيق الكفاءة العملية، وسوف نقوم ببعض الأمثلة في الأسواق معتبرين في ذلك الرعاية الصحية. ولكن قبل العمل خذ لحظة لتقوم بقراءة المقتبس التالي الذي يذكرك بالكفاءة التي هي ليست السبب الوحيد في دعم أسواق الرعاية الصحية. فالأسواق تستطيع أن تُسْفر عن كثير من المنافع الأخرى.



**قيمة الأسواق في الرعاية الصحية:**

بفضل الرعاية الصحية فإن مقدمة التكلفة العالية، ومركزية الجنس البشري غالباً ما تعتبر مختلفة، ومن الأفضل تركها خارج نطاق الأسواق، ولكن غطاء المعارضة يتجاهل الأسباب الشرعية لعدم طرح قيمة السوق الممكن جلبها.

أ. **الكفاءة:** في بيئة السوق يستطيع الناس عرض تفضيلاتهم لمختلف السلع، والخدمات عن طريق فرص التدريب. فهذان العاملان يولدان معلومات دقيقة لكثير من التفصيلات، وبالتالي فإن لدى المولين الكثير من الدوافع لتقديم الخدمات المطلوبة للناس (كفاءة التخصيص)، وتوفير الحافز: للممولين لكي يكونوا كُفء قدر الإمكان لتخفيض المتنافسين (الكفاءة التقنية).

ii. **خدمة الزبون، والابتكار:** في الأسواق دائماً ما يكون هناك فرصة للناسٍ للتقدم مع أفكار جديدة لتواجه الاحتياجات غير الملبية، وكذلك وجود حافزاً قوياً للتجربة، والابتكار، والتركيز بإنصاف على خدمة المستخدمين.

iii. **المرونة:** معظم الانتقادات لأفعال الحكومة في مجال السياسة العامة والتي من شأنها أن تتبع الهندسة الاجتماعية الخيالية، ينتج عنها الكثير من القرارات الخاطئة التي من شأنها الشعور بالقسوة عالمياً. ففي الأسواق هناك الكثير من المشاركين، أو سوف يكون استثنائياً إذا ارتكب الجميع نفس الخطأ ذاته.

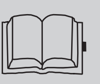
iv. **التعاون التطوعي أو الإرادي:** تشكل الأسواق جزء من المحيط، وتعتمد أساساً على التعاون الإرادي. ففي ذلك قرار العمل، والأفراد، والأبحاث ليست بالقوة التي تجبر أي شخص، وهذا يتناقض مع الاحتكار الذي يكون لديه قليل من الخيارات.

v. **العدالة:** في أنظمة التخطيط المركزي فإنه لا يوجد خياراً *رسمياً*، ووسطياً، وعلوي للفئة العليا من الناس، ويكون أفضل في خلق الفرص، والتفاوض بطريقة مثلى، مع إمكانية إعادة توزيع الموارد، والأسواق التي تعطي كل واحد فرصته.

(CITIVAS 2009)

## الأسواق الحرة في الرعاية الصحية؟

يبدأ بقراءة المقتبس التالي من جرين (Green) (2009).



كيف يقوم نموذج نظريتنا للسوق بشرح ما الذي يحدث في الجراحة التجميلية؟ انظر إلى هذا المقال في الجريدة الذي يوضح نمو جراحة الأسنان التجميلية.

**ضع نقودك أينما يكون فمك:**

ماجي سميث (Maggie Smith) الناشرة في نهاية الأربعين من عمرها قامت مؤخراً بدفع 1400 جنيه استرليني مقابل رفع السن. فلقد رأت أن *العلاج كالاستثمار* مقارنة بتكلفة بعض من *الأزياء*. فهو

*ليس غال، وكذلك يستمر لفترة أطول*. سميث دفعت لتجميل الأسنان (Dentics) في طريق كنجز رود. حيث إن (Dentics) قامت بفتح أول متجر للأسنان لها منذ أربع سنوات مضت، والآن لديها ثلاثة أفرع لمحلها في لندن، وتستطيع الزبائن أن تمشي إلى هذه المحلات المتخصصة بالجراحة دون موعد، وتصفح الصور في الألبومات التي تعرض طرق ترويض الناب كلوحة مفاتيح في البيانو وتبيضها وترميمها، وبناؤهم بالحشوات، أو تغطيتهم بالوجوه الخزمية بورسلين وكل من تلك العلاج تكلفته تقارب 200 جنيه استرليني تقريباً.

في المدرسة الابتدائية اعتبرت المعلمة إليزابيث إيكوس ويستلي أن العلاج برفاهية ميسورة التكلفة «*أنا لست غنية، ولست باذخة، ولكن أنا لدي 42 سنة وبدأت أشعر أنني بحاجة إلى جعل أسناني تستمر لمدة أطول، فلقد أنفقت 1000 جنيه استرليني على الوجوه الخزفية، وذلك بدلاً من عطلة الصيف، ولقد عزز هذا ثقتي حقيقة. فهذا يعطيني بضع سنوات أخرى فالناس لا يفكرون بذلك، ولكن كل شخص يجب عليه أن يقوم بعمل هذا*».

Emma Booker in the *Guardian*, 16 September 1993

ومن هنا كان واضحاً أننا بحاجة إلى تجميل الأسنان. فالناس يجب عليهم أن يكونوا مع هذه الموجة، ويستطيعون أن يدفعوا تكاليفها إن كلتا الإمرأتين في المقالة وضحتا أن العلاج التجميلي وسيلة تحقيق الفائدة. وقد قامتا بالمقارنة بوعي بين الرضا اللائي يحصلن عليه من هذه العملية بغيرة من المشتريات. إن المادة أيضاً تقدم لنا دليلاً على نمو السوق.

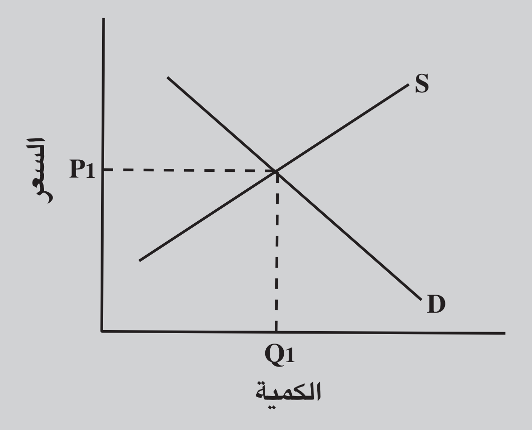
لماذا يحدث هذا؟

**التحليل الاقتصادي**

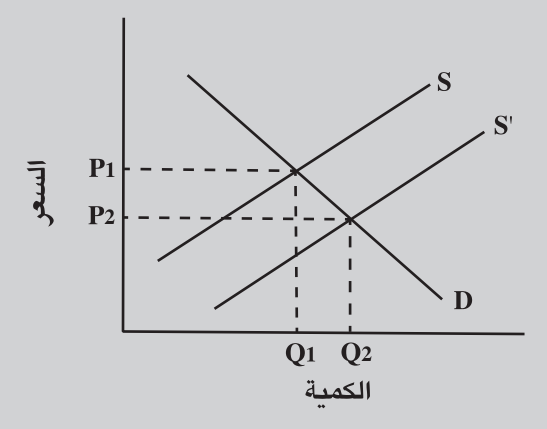
إن منحنيات العرض والطلب اللذان يظهران في (الشكل 7-5) يعبران عن نظام الاتزان.

إن التغيير الأول هو أن التقنية قللت تكاليف هذا العلاج فيحدث أن منحنى العرض يتجه إلى الخارج، وكذلك الطلب يبدو في نمو. لماذا يحدث ذلك؟ فطبقاً للدراسة للوطنية الحديثة هناك واحد لكل أربعة أشخاص لا يفضلون مظهرهم مقترحين أنهم يقومون بشراء هذا النوع من العلاج إذا أمكنهم تحمل تكلفته. فالمستهلكون يقومون بالتجاوب مع انخفاض الأسعار المقدمة عن طريق الحركة

في العرض النقل في حركة منحنى الطلب في السوق إلى الأسفل يؤدي إلى خلق توازن جديد عند النقطة p2 و Q2 في (الشكل 7-6).

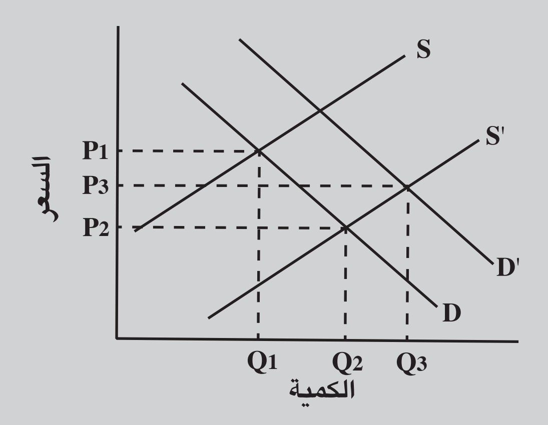



**(الشكل 7-5): سوق الجراحة التجميلية.**




**(الشكل 7-6): تأثير التغيير في التقنية.**

فإن التغيير التالي يكون في زيادة الدخل الحقيقي للمستهلك (نتيجة لانخفاض تكلفة العلاج) الذي يؤدي إلى حركة منحنى الطلب للخارج من D1 إلى D2 انظر (للشكل 7.7) فإنها تكون قريبة من الاتزان عند النقطة P3 و Q3.




**(الشكل 7-7): تأثير الزيادة في الدخل الحقيقي.**

يستجيب الممولون للنمو في طلب المستهلك بنفس طريقة توقعاتنا النظرية. فعلاج الأسنان وسع من عملياته عن طريق فتح محلات أكثر، وتزويدها بأدوات علاجية أكثر.

إن تقليل التكلفة، وزيادة حاجة المستهلك يؤديان إلى التخصص أكثر في علاج الأسنان التجميلي. (تذكر ذلك من الفصل الخامس الذي يوضح الناتج النهائي سوف يعتمد على حساسية الطلب، والعرض كالعامل الذي يؤدي إلى التغيير في السعر).

لذلك فإن نموذجنا الذي عرضناه بإنصاف جيداً. لكنه يعاني من كونه ثابت.

**نظرة أكثر ديناميكية في السوق:**

شيء واحد يستطيع السوق فعله هو أن يتصرف كنظام قوي، وكفؤ للمعلومات. فاختلاف أذواق المستهلكين ينقل بسرعة للمنتجين عن طريق أسعار السوق. يقود البحث في العوائد المنتجين إلى تقديم منتجات جديدة، أو خدمات مع جعل تلك المنتجات، والخدمات أكثر فاعلية، ومثال لهذه الطريقة التي يهتم بها المستهلكين للربط بين ارتفاع الكوليستيرول، والنوبات القلبية التي أدت إلى ظهور الوحدات الاختبارية للكوليستيرول لدى الكميائيين، ومخازن الأغذية في المملكة المتحدة.

المنافسة، والحاجة إلى الرد وإذا أمكن الطلب المسبق للمستهلك سيؤدي إلى نظام يقدم الحد الأقصى للخيارات بالحد الأدنى من التكلفة؛ وهو نظام مرن ديناميكي لكنه كفء. بعض الاقتصاديين يتجادلون حول أن معظم الأسواق في العالم الحقيقي سوف يكونوا في حالة ثابتة من السيولة ـ يتكيفون باتجاه التوازن لكن نادراً ما يصلون إليه. في هذا التحليل، هو قدرته على انتاج سعر واحد متزن. خذ سوق الجراحة التجميلية للأسنان. إذا كان السوق حر ومتنافس، وبالتالي مختلف أطباء الأسنان سوف يعرضون خليط مختلف من الخدمات، وبعض الأطباء سيكونون أكثر مهابة من غيرهم أطباء الأسنان المهرة اللذين يعرضون الخدمات التي يريدها المستهلكون سيحصلون على الكثير من المستهلكين، وسوف يكون بمقدورهم دفع مبالغ أكثر من باقي المتنافسين.

هذا يضغط على أطباء الأسنان الأخرين لتعديل خدماتهم المقدمة لمحاولة جذب عدد أكبر من المستهلكين فهذه العملية من التنافس من شأنها الاستمرار فكيفية العوامل الأخرى مؤثرة على الاحتياج، والتمويل كحدود للدخل، أو كحالة التقنية التي من شأنها التغيير.

(Green 2007)

## نشاط 7-3:

هل تفكر في أمثلة للأسواق الحرة (أو غالباً حرة) والتي من شأنها تقديم عملية الخدمات الصحية في بلدك ؟

## التغذية الراجعة:

حرية، أو كبر الأسواق بلا قيود تميل إلى تقديم خدمات اعتبرت غير مهمة مثل الجراحة التجميلية، أو الخدمات التي لا تتطلب مهارات صحية كمثال تقديم الخدمات الدوائية بالتجزئة في الصيدليات، أو المرافق الفندقية المعززة عندما يكون معترف بها من قبل المستشفيات.

فسوق الرعاية الصحية نادراً ما يتقابل مع شروط السوق التام. مهما يكن فإن الأسواق، وقوة الأسواق تكون موجودة في مجال الرعاية الصحية رغم دورها الواسع في الدولة. حاول الإجابة عن الأسئلة التالية عن الأسواق على قدر استطاعتك.

## نشاط 7-4:

ما هي مميزات الأسواق في تخصيص الموارد؟

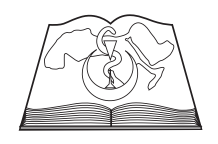
## التغذية الراجعة:

فالأسواق هي آلية مفيدة لتخصيص الموارد للأسباب التالية.

1. نظرياً على الأقل إن الأسواق تلقائياً تميل إلى حالة التوازن حيث الإنتاج المقدم يكون مساوياً بالضبط للإنتاج المستخدم. انظر إلى هذا في النشاط السابق.
2. إن إعطاء القليل من المتطلبات المحددة سوف تقدم الأسواق إنتاجاً متخصصاً وذا كفاءة عالية، وهذا يعني أن كل وحدة من الإنتاج تقدم نفعاً إضافياً يزيد عن تكلفته.
3. السوق يكون ديناميكي (فقوة وكفاءة نظام المعلومات) يؤدي إلى تغيير تفضيلات الناس بناءاً على المنتجين، وبطريقة مماثلة فإن التغييرات المتاحة في تكلفة، وتوفر المصادر تنعكس على الأسعار، والموارد الرخيصة البديلة بسرعة يتم اختبارها كبديل.

## الملخص:

إن الإطار الاقتصادي للعرض، والطلب هو وسيلة مفيدة للتفكير في العوامل التي تؤثر على استخدام، وتوفير الخدمات الصحية. في الفصل الثالث، والرابع تعلمت عن الطلب. وفي الفصل السادس تعلمت عن وظيفة العرض، وتأثير العوامل المختلفة في منحنى العرض، وكذلك رأيت في هذا الفصل كيف أن الأسعار تُحدد واتزان الأسواق يتحقق، فالأمثلة التي استخدمت كان من شأنها أن توضح أن الأسواق موجودة في قطاع الصحة لكن معظمها بعيد عن التنافسية التامة.



# الفصل الثامن

## أسواق الرعاية الصحية والكفاءة

## Health care markets and efficiency

### نظرة عامة:

كلما أمعنا النظر إلى سلوك المولين للرعاية الصحية (المنتجين)، والمرضى (المستهلكين)، ورأينا السلوك المتبع لتلك الخطط الصحية. في الفصل السابق تعلمت كيف أن الأسواق تستطيع أن تعمل بكفاءة عالية للإنتاج، وتوزيع البضائع، والخدمات وعن الشروط الضرورية للأسواق التامة التنافسية. وفي هذا الفصل سوف نأخذ بعين الاعتبار ما إذا كانت هذه الشروط تتقابل مع مصلحة الرعاية الصحية، والأنواع المختلفة لفشل السوق في مجال الرعاية الصحية، وكذلك آلية مجابهة هذا الفشل.

### الأهداف التعليمية:

بعد العمل في هذا الفصل سوف يكون باستطاعتك:

- وصف ما هي قوة الاحتكار، العوامل الخارجية، البضائع العامة، وعدم تناسق المعلومات التي تشكل فشل السوق.
- شرح عواقب الأسعار، الإنتاج، الكفاءة لكل فشل للسوق.
- اقتراح بعض الاستراتيجيات لتحديد كل فشل في سوق الرعاية الصحية.
- مقارنة أسواق الرعاية الصحية مع نماذج الأسواق التامة التنافسية.

## المصطلحات الأساسية:

**الانتقاء الضار:** عندما يدخل طرف في اتفاق بحيث يمكنه استخدام معلوماته الخاصة ليحرم بها طرف آخر.

**عدم تناظر (تماثل) المعلومات:** هي حالة للسوق عندما يكون جميع المشاركين لا يمكنهم الوصول لنفس المستوى من المعلومات.

**خسارة الوزن الميت:** الخسارة في الكفاءة التخصصية، والتي تحدث عندها الخسارة في فائض المنتج.

**العوامل الخارجية:** الفائدة، أو التكلفة اللتان تظهران من إنتاج الفرد، أو قرار الاستهلاك الذي يؤثر بشكل غير مباشر على تحسن الآخرين.

**فشل السوق:** هي الحالة التي لا ينتج فيها السوق موارد متخصصة كافية.

**قوة الاحتكار:** قدرة الاحتكار لزيادة السعر بمردود محدود.

**الخطر الأخلاقي:** الحالة التي يكون فيها أحد أطراف الاتفاق لديه الحوافز وبعد أن يتم الاتفاق يتصرف وفق أسلوب يجلب فوائد إضافية لنفسه على نفقة الطرف الآخر.

**الاحتكار الطبيعي:** الحالة التي تكون فيها أحد الشركات تقابل متطلبات السوق بأقل معدل تكلفة بالمقارنة مع شركة، أو شركتين تقابلان هذه المتطلبات.

**السلع العامة:** السلعة، أو الخدمة التي يمكن استهلاكها في وقت واحد من جميع الأشخاص دون استثناء أحد.

**التكلفة الاجتماعية:** التكاليف الكلية المرتبطة بنشاط يشمل كل من التكاليف الخاصة، والمصاريف المتكبدة من المجتمع ككل.

**حاجات الممون المحفزة:** الحاجة التي تكون موجودة حول ما يمكن أن يطلبه المستهلكون إذا تم إعلامهم حول مشاكلهم الصحية، وحول العلاجات المتعددة المتوفرة.

**تكاليف الصفقة:** تكاليف التشارك في الصفقات أي التكاليف التي تظهر من إيجاد شخص ما يتفق مع شخص لإتمام العمل، والوصول إلى اتفاق، ولتأكيد الشروط التي تم إنجازها.

## فشل السوق:

في الفصل السابع تعلمنا أن الأسواق هي آلية مفيدة لتخيص لأنها تلقائياً تستجيب للتغييرات في تفضيلات المستهلك تحت الكفاءة الأسواق التخصصية والتنافسية التامة، ولكن ماذا يحدث عندما لا تصعد الأسواق التنافسية التامة. وعند الاقتصاديين نشير لهذا ب*فشل السوق* لعدم استطاعة السوق تحقيق كفاءة التخصص في الموارد.

في الحقيقة إن الأسواق لا تستطيع أن تعمل جيداً في كل الحالات، ونطاق الرعاية الصحية مثال جيد لهذا. وجنباً إلى جنب إن العدالة، وإعادة توزيع الثروة (انظر للفصل 17) واستقرار الاقتصاد (الفصل الثاني)، وتصحيح فشل السوق ونمو سبب تدخل الحكومة في السوق. فالرعاية الصحية تتميز بعدد من الإخفاقات: *الاحتكار، والعوامل الخارجية، والبضائع العامة، وعدم تناسق المعلومات*.

## الاحتكار:

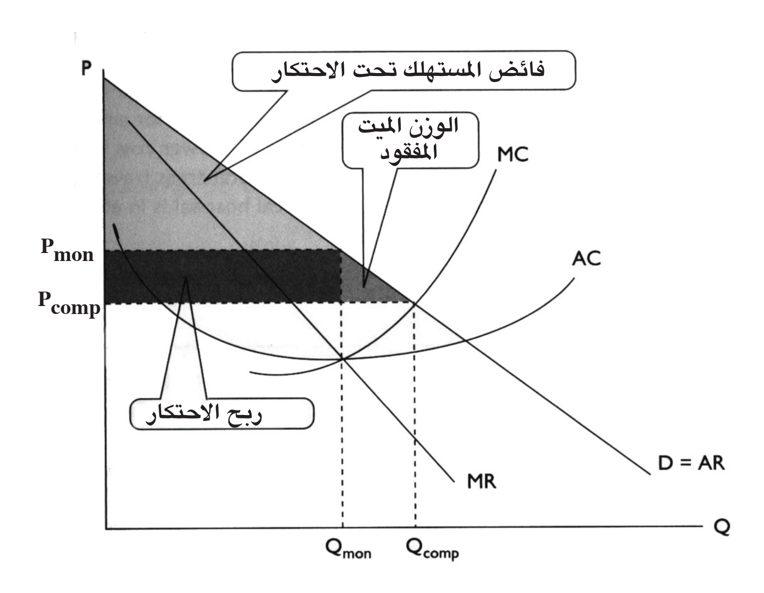
إن *الاحتكار* يتميز بوجود ممول واحد في السوق. فالاحتكار الطبيعي حالة تحدث عندما تستطيع شركة واحدة تغطية حاجة السوق بأقل معدل تكلفة أكثر من شركتين، أو أكثر. ومهما يكن قد يحدث الاحتكار نتيجة لشروط أخرى:

- هناك حواجز للدخول.
- قلة في المولين.
- قلة من البدائل.

إن الحواجز للدخول تتضمن صعوبة المشاركة في السوق في مجال الرعاية الصحية، الحواجز للدخول موجودة على هيئة جهاز مهني.

لذلك العرض للمهنيين يكون مقيد. فهذا بدوره يتضمن المرتبات العالية أكثر من ما يمكن وجودها في حالة الأسواق التنافسية التامة. إذاً فعدم الكفاءة التخصصية والنقص في المستشفيات في المناطق الريفية مثال توضيحي جيد لقلة المولين. وهذا يعني أن خدمات المستشفى ذات تكلفة عالية، وهذا لا يكفي. مهما يكن فإن احتكار الأسعار قد لا يحدث إذا كان المموّلون لا يجنون الفائدة. وهناك أيضاً بدائل قليلة متقاربة بكثير من خدمات الرعاية الصحية كحالات الولادة القيصرية، وعلاجات ومضادات الفيروسات القهقرية.

كنتيجة للاحتكار نجد أن الشركات لم تعد آخذة للأسعار ولكنها تستطيع التأثير على سعر السوق، ومستوى إيراد الإنتاج. فالاحتكار يعد حافز لرفع الأسعار، وتقييد الإنتاج المنتج. ولرفع الربح لابد من تحديد الإنتاج، حيث يكون هامش الدخل مساوٍ لهامش التكلفة. (فالشكل 8-1) يوضح السعر، والإنتاج اللذان يشكلان القرار في الاحتكار. فالمنتج يقدم إنتاجه حيثما كان هامش التكلفة مساوٍ لهامش الدخل لأن مستوى الإنتاج يكون حينما تكون الأرباح مضاعفة. (الدخل الكلي مطروح منه التكلفة الكلية). وبالنسبة للمنتج المحتكر فالدخل الهامشي يكون أسفل منحنى الطلب. وذلك لأن الوحدة الواحدة تزيد من الإنتاج الذي يؤدي إلى زيادة الدخل عن طريق كمية السعر في الوحدة (مشار إليه بمنحنى الطلب) مطروح من الخسارة في الدخل في بقية الوحدات المرتبطة بالهبوط في السعر. إن الإنتاج متماثل لذلك يستطيعون عند هذه النقطة طلب السعر، (Pmon) في السوق التنافسية التامة حيث الشركة يجب أن تنتج حيث يكون Mc مساوية للنقطة D على الرسم البياني الذي يكون فيه الإنتاج أعلى (Qcomp)، والسعر يكون منخفضاً (Pcomp). إن تحول المحتكرين من استهلاك الفائض (انظر للفصل الثالث) إلى إنتاج الفائض (انظر للفصل السادس) مهما يكن فإن فقدان فائض الاستهلاك يكون أكبر من الكسب في فائض الإنتاج. ولذلك فهناك فقدان كلي للمجتمع. *فقدان الوزن* يعني فقدان كفاءة التخصيص.




(الشكل 8-1): السعر وقرار الإنتاج تحت الاحتكار.

فأحياناً، الاحتكار يقدم *التميز في السعر* لذلك فإن هامش الدخل يكون منحنى الطلب. فتمييز السعر يعني تقديم نفس المنتج بأسعار مختلفة لأشخاص مختلفين. فعلى سبيل المثال السكك الحديدية، والخطوط الجوية غالباً ما تفرض أسعار أقل على الطلاب، والشباب، وكبار السن. وهذا لا يمثل كرماً إنه على النقيض تماماً. إنه هو طريق لرفع الأرباح. فباركين (Parkin)، وزملاؤه (2008) يلاحظون أن فرض أسعار أعلى لكل وحدة من السلع يريدها الشخص، فاحتكار الأسعار التام سوف يميز فائض الاستهلاك. فالاحتكارات لا تستطيع تمييز السعر التام، ولكن تستطيع التمييز بين مجموعات مختلفة من الأشخاص حيث أن كل مجموعة لديها مرونة في الطلب.

## نشاط 8-1:

إن كثيراً من الخدمات الصحية تقدم عن طريق المستشفيات، وكذلك المؤسسات المركزية التي تتحكم في قوة الاحتكار. فرسم المعلومات، وفهم الرعاية الصحية. هل تستطيع التفكير في أي من توفير ملامح الرعاية الصحية التي تميز الاحتكار؟

## التغذية الراجعة:

في بعض الحالات هناك بدائل قريبة للرعاية الصحية. على سبيل المثال. إذا أصيب أحد الأشخاص بالأنفلونزا فإنه من الممكن أخذ الأدوية لإزالة الأعراض. ويستطيع أن يقضي وقتاً من الراحة في السرير بدلاً من أخذ الدواء لحين توقف الأعراض. ففي هذه الحالة تكون الراحة بديلاً للدواء. رغم أنه في معظم الحالات من المحتمل أن لا يكون هناك بدائل. على سبيل المثال التهاب الزائدة الدودية لا يوجد بديل للعملية الجراحية.

إن التخصص في الرعاية الصحية يتطلب رخصة للتدريب. هذه الرخصة مثال *الحاجز للدخول* في سوق الرعاية الصحية. وبراءات الاختراع أيضاً تعتبر حواجز للدخول لأنها تمنع الصناعات الأخرى من تقديم بضائع متخصصة. وكذلك براءات الاختراع تعتبر شائعة جداً في مجال صناعة الصيدلة.

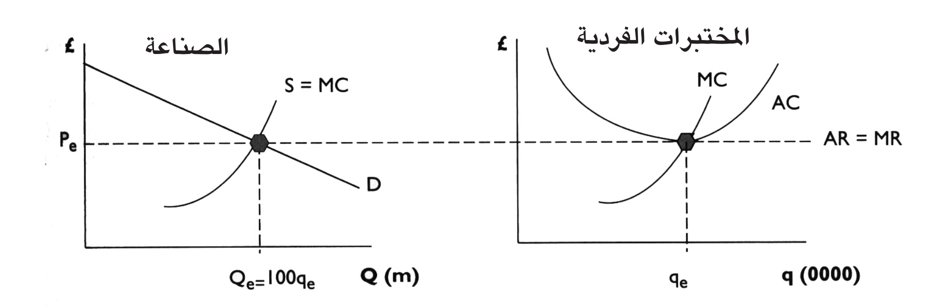
فلا يعد ممولو الرعاية الصحية من ضمن *المحتكرين الطبيعيين*. وقد تم ذكر ذلك في الفصل السادس حيث إن اقتصاديات الميزان توجد فقط في المستشفيات الصغيرة. ولسوء الحظ فإن الممول بمفرده يستطيع بأقل قيمة تكلفة تحقيق ما يقدمه عن طريقٍ أكثر من ممول متنافس. في المناطق الريفية السفر إلى الممولين الآخرين يكون مكلف وغال الثمن، وعلى سبيل المثال فإن المستشفيات المحلية لها تأثير في احتكار العرض للسكان المحليين.

## نشاط 8-2:

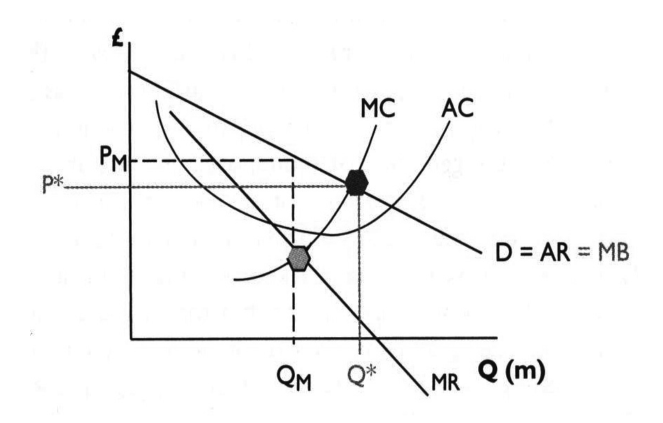
في هذا المثال سوف نقوم برؤية افتراضية للسوق فعلى سبيل المثال إن تحري سرطان عنق الرحم يؤدي إلى تغيير في بنيان السوق. فتقديم تحريات سرطان عنق الرحم يبنى على أساس فحص الشرائح تحت المجهر. ومن ثم قررت الحكومة أن المختبرات الخاصة يجب أن تجري تلك الفحوصات. فهناك 100 مختبر يتنافس في هذا العمل. حيث إنه لا يوجد اقتصاد ميزان هام في هذا العمل. فالشركات تستطيع القيام به، وتستطيع وصفه في مصطلحات النموذج التام المتنافس الكلاسيكي (انظر إلى الشكل 8-2). ففي الصناعة منحنى العرض شأنه شأن منحنى هامش التكلفة ومنحنى الطلب كما يرى. والمختبرات الفردية تكون آخذة للسعر، ولذلك تواجه السعر (عند نقطة الاتزان في السوق) Pe. فالمختبر يقدم كمية qe. والتي يكون فيها الـ MR مساوٍ الـ MC.

رغم ذلك فإنه بعد عامين تمت الموافقة على أن هذه التكنولوجيا لم تعد ملائمة ومن ثم تقرير أن القراءة اليدوية للشرائح يجب أن تستبدل بالقراءة الأوتوماتيكية حيث إنه وجد أنها أكثر دقة، ومنذ وجدت براءة الاختراع في هذه التقنية، وكذلك هناك الكثير من الاقتصاد في المجدول. فالنتيجة سوف تكون أن الشركة المفردة التي تمسك براءة الاختراع ستقدم الكثير من الخدمات. فنموذج الاحتكار البسيط في (الشكل 8-3) يصف الحالة الجديدة.

عند مقارنة نمط السعر، والتكلفة، والإنتاج في كل من السيناريوهين. لماذا تكون شروط الاحتكار ضد اهتمام المستعملين؟




**(الشكل 8-2): السوق الافتراضي لتحري سرطان عنق الرحم قبل تقديم التقنية الجديدة ـ للسوق التنافسية التامة.**




**(الشكل 8-3): السوق الافتراضي لتحري سرطان عنق الرحم بعد تقديم التقنية الجديدة ـ احتكار السوق.**

**$Q_M$= ربح المحتكرين ـ زيادة الإنتاج.**

**Q*= كفاءة تخصيص الإنتاج.**

## التغذية الراجعة:

في الأسواق التنافسية (Mc) = هامش التكلفة الاجتماعية (Msc) وMB (الطلب) = هامش الفائدة الاجتماعية (MSB) فهذا يعني أن السوق التنافسية تكون ذات كفاءة متخصصة مع التقنية الجديدة. فالممول المفرد يستطيع أن ينتج عند تكلفة أقل مقارنة بالعديد من المولين. فهذا الممول عند تحقيقه أعلى قيمة للربح سوف يكون لديه حافز للتقدم عند النقطة Qm التي تكون تحت كفاءة تخصيص الإنتاج (*Q التي فيها MC=MB). (تذكر أنه لا يوجد منحنى العرض في هذا الاحتكار وحيث أن الكمية والسعر يتم تعينهم عن طريق التفاعل بين وظائف الطلب والتكلفة. وهذا يكون ضد اهتمام المستهلكين بسبب وحدة الإنتاج حيث إن الفائدة تزيد عن التكلفة (Mc < MB وهذا لا يتم تقديمه.

إن ميزة التقنية الحديثة من *المحتمل* أن تؤدي إلى تقليل التكلفة. وزيادة العرض في تقديم الخدمات، والمساوئ التي تسمح للممول بمفرده أن يبذل جهده في قوة الاحتكار. وهناك الكثير من الخطوات التي تستطيع الحكومة عملها، وللتأكيد على أن قوة الاحتكار مضبوطة، واحتياط الخدمة تزداد.

- كما أن باستطاعة الحكومة الطعن في السوق ـ وتقديم الاحتكار للممولين الذين يقدمون خفض في السعر غالباً.

- وباستطاعتهم وضع *سقف* للسعر للحصول على السعر الاجتماعي الأمثل P* والذي يعتبر الاحتكار. فسقف السعر يؤدي إلى زيادة الإنتاج (وهذا لا يشبه سقف السعر في السوق التنافسي، والذي يؤدي إلى تقليل الكمية المعروضة).
- وباستطاعتهم أيضاً كسر الاحتكار.

فهناك مشكلة محددة عندما تكون حماية براءة الاختراع مُشتركة. ففي هذه الحالة يكون الممول هو الوحيد المسموح له في تقديم البضاعة لأنه طور هذه التقنية بنفسه. ودون براءة الاختراع فإن المولين لن يكون لديهم حافز للتطوير من كفاءة التقنية لأن المتنافسون يستطيعون الاعتماد على التقنية الجديد في الحال دون نفقة في البحث، وتطوير التكلفة. فالجانب السلبي لبراءة الاختراع هو أن الشركات تستطيع أن تحضر الإنتاج، وترفع السعر أثناء فترة براءة الاختراع في العملية.

عندما اكتشف أن علاج مضاد الفيروسات القهقرية ناجح فإن قائمة الأسعار التي وضعت من شركات الأدوية لن تستطيع للدول ذات الدخل القومي المنخفض تحمل نفقتها وهذا جزئية من حماية براءة الاختراع.

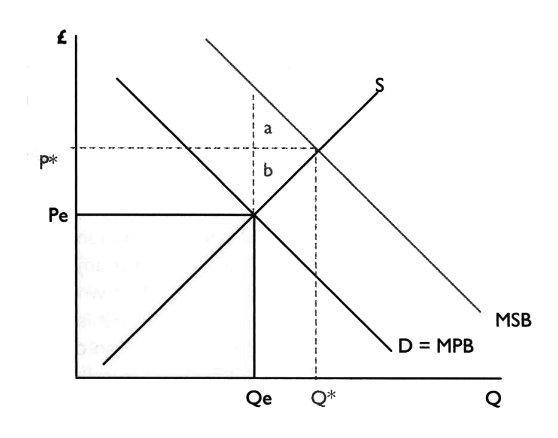
في بعض الأحيان تم اقتراح أن المحتكرين لديهم قدرة أقل لتحقيق الكفاءة التخصصية، والتقنية. تم التحاور أنه رغم من دافع الربح العالي. فإن حافزهم لتقليل التكلفة يتضائل بسبب أن المحتكرين لديهم فوائد ضخمة بالفعل. فإنك ترى أن الأسواق مع كثير من المولين تميل لكي تكون ذات كفاءة. (وهذا يعطي شروطاً معينة للتقابل) ولكن الأسواق التي تكون بممول واحد تكون ذات كفاءة غير متخصصة. ولهذا فإن الحالة فما هي الحالة عندما يكون هناك قليل من المولين؟ وهذا النظام يدعى *احتكار القلة*. وتحت احتكار القلة فإن قرار المولين يصبح معقداً جداً. وهذا لأن القرارات لأي من المنتجين في السوق تكون نتيجة للشركات الأخرى. رغم أن تلك الحالة تكون معقدة جداً. فإنه من الأمن افتراض أنه كلما قل عدد المنتجين، وكلما كان أسهل لهم حصر الإنتاج، ورفع الأسعار، وهذا يؤدي إلى قلة الكفاءة في السوق.

## العوامل الخارجية:

شكل آخر من فشل السوق يرجع إلى حدوث *عوامل خارجية*. فلعلك سمعت عن مصطلح العوامل الخارجية. ولكنها بالضبط ماذا تعني؟ فالعامل الخارجي يكون التكلفة، أو المنفعة من الصفقة الاقتصادية التي تسقط على الناس الذين لا يقومون بالمشاركة في الصفقة. فالتفاعل الطبيعي في السوق يأخذ بعين الاعتبار المنافع الشخصية، منذ كانت وظائف الطلب الشخصية تعكس التقييم الذاتي للاستفادة

للأفراد. فعندما يكون هناك تكلفة خارجية، وفوائد فالأطراف المشاركة في الصفقة لا تأخذ تلك التكلفة، والمنفعة في حسابها. فهذا الفشل في وضع قيمة كل من التكلفة، والفوائد يؤدي بالسوق إلى ما تحت التوفير، أو ما فوق التوفير للبضاعة. فالمثال المطابق لهذا الاختلاف بين هامش التكلفة الخاصة، أو الفائدة، وهامش التكلفة الاجتماعية، أو الفائدة، وهذا يرى في (شكل 8-4) عن التطعيمات.

فالاختلاف بين المنفعة الخاصة، والاجتماعية للتطعيمات نستطيع وصفها عن طريق الارتفاع في حالات الحصبة في المملكة المتحدة كنتيجة للذعر الإعلامي.




**(الشكل 8-4): مثال للمنافع الخارجية: سوق التطعيمات ضد الحصبة.**

**P*,Q*= سعر كفاءة التخصيص، ومستوى الإنتاج.**

**Pe,Qe= أعلى سعر للربح، ومستوى الإنتاج.**

**D,S= العرض، والطلب.**

**MPB= هامش الفائدة الخاصة (الطلب).**

**MSB= هامش الفائدة الاجتماعية**

**Area a + b= الوزن الميت المفقود للمجتمع نيتجة لفشل السوق المرتبط بمنافع خارجية.**

أما بالنسبة للأخطار المكنة لبعض الأطفال المطعمين من الحصبة، فهناك سقوط في معدل التطعيمات، وهناك منافع خاصة لمن أخذ اللقاح ، فمعظم الأطفال يكون لديهم مناعة عالية ضد الحصبة، وبالتالي فإنهم يكونون في حماية من تأثير مرض الحصبة. إضافة إلى المنافع التي تعود على هذا المجتمع بأسره. فالتطعيم يقلل أثر الإصابة بالحصبة وبالتالي يقل معدل الإصابة بهذا المرض. لكن كان هناك إعادة ظهور سريعة للحصبة في المملكة المتحدة (وحالات أخرى أكدت في إنجلترا، وويلز ارتفعت من 56 في

سنة 1998 إلى 971 في سنة 2007 -2008 (McIntyre and Leask). مما يؤدي إلى تهديد خاص لكثير من المجتمعات المعزولة مع تغطية صحية قليلة (المناعة القطعية).

إن العامل الخارجي الإيجابي المرتبط مع التطعيمات عموماً يؤدي إلى أن تقدم الحكومة طرقاً مختلفة للزيادة من استهلاك التطعيمات تزيد عن المستوى الاجتماعي الأمثل. وهذا يتضمن مخطط قسائم، إعانة مالية، وذلك من أجل تطعيمات الطفولة في معظم البلدان التي تقوم بتوفير التطعيمات. ففي المملكة المتحدة اللقاح أطلق عن طريق الحكومة لجعل مستوى التطعيم يرتفع مرة أخرى.

## نشاط 8-3:

عندما تكون البضاعة غير مقصودة المنافع فهذا ما نسميه *بالعوامل الخارجية الإيجابية*. إن اعتمادك على الأسواق لتسليم البضائع مع العوامل الخارجية الإيجابية مثل: التطعيمات. فإنك ستجد أن نتيجة أرقام التطعيمات سوف تكون أقل من الأرقام المثلى اجتماعياً المطلوبة للوصول إلى مستويات المناعة القطيعية. ومن ناحية أخرى فإن السوق سوف يكون تحت، وعرض التمنيع.

هناك أيضاً *عوامل سلبية خارجية*. المثال التقليدي هو التدخين.

1. كيف يكون التدخين عامل خارجي سلبي؟
2. كيف تقوم الحكومة بوضع حد لهذه العوامل الخارجية؟

## التغذية الراجعة:

1. عندما يدخن الناس فإنهم يقومون بتكليف أنفسهم كما يقومون بإهدار صحتهم. مهما يكن، هناك تكلفة على الأشخاص المدخنين سلبياً. وعندما يزن الناس التكلفة والمنفعة للتدخين فإن بؤرة تركيزهم تقوم على تأثير التدخين عليهم. والسوق أيضاً لا يأخذ بالاعتبار تأثيرها على الآخرين. ولذلك فإن السوق يمد الناس بالبضاعة فوق المعتاد. ومثال آخر للعوامل الخارجية السلبية هو التلوث الذي يحدث بسبب الشركات الصناعية. فالتلوث يؤثر على ما يجاور الشركة، ولكن الشركة لا تستطيع تحمل أي تكلفة مباشرة بهذا التلوث. ولذلك فإن الشركة لا تأخذ بعين الاعتبار هذه التكلفة عندما تقرر كمية البضائع التي تود إنتاجها. وفي هذه الحالات تكون التكلفة الشخصية أقل من التأثير الاجتماعي الذي يسبب للأفراد التقليل من التكلفة، وزيادة العرض.

2. تحتاج الحكومات إلى رفع سعر الدخان لكي ينعكس على التكلفة للمجتمع. وهذا يتحقق من خلال فرض نوعية من الضرائب تسمى ضريبة *بيجوفيان*. فالهدف من هذه الضريبة هو استيعاب تكلفة العوامل الخارجية السلبية. فالضرائب تعمل على زيادة التكلفة للبضائع المستهلكة، وهذا يؤدي إلى كمية توازن قليلة، وفي حالة التدخين سيتم وضع رسوم على السجائر. وأمثلة أخرى ربما أن يكون هناك رسوم على الكحول، وكما يوجد اقتراحات إضافية في أمريكا لفرض الضرائب على المأكولات السريعة. ففي حالة التلوث تقوم الحكومات بإطلاق المصاريف.

## السلع العامة:

إن فشل السوق دون المستوى الأمثل للتخصيص البضاعة، أو الخدمة يحدث أيضاً مع البضائع العامة باركين (Parkin et al. 2008) يقدم التعريف التالي للسلع العامة:

البضاعة أو الخدمة المستهلكة في وقت واحد عن طريق كل فرد *(غير منافس)*، ومن غير الأفراد فإنه من الممكن استبعادها *(لا يمكن استبعادهم)*. إذا كان الممول للسلعة العامة يحاول سؤال الناس يدفعون للحصول عليها مقدار. يجب على المستهلكين يجيبون أنهم لا يريدون. لماذا؟ لأن المستهلكين يعلمون أنه المرة التي تمول فيها البضاعة فباستطاعتهم استهلاكها حتى، ولو لم يتم الدفع، وهذا ما يسمى بمشكلة الراكب الحر (Parkin 2008).

مثال تقليدي للبضاعة العامة هو ضوء الشارع. فجميع الأفراد في الشارع يستخدمون الإضاءة في نفس الوقت، ولا يوجد أي شخص نستطيع استبعاده من استعماله لها إضافة إلى أنه عندما يسير أحد الأفراد في الشارع فهذا لا يعني الحد من الإضاءة للآخرين في الشارع. فكثير من البرامج سوف تكون تحت التجهيز عن طريق السوق لأن الناس يأملون بتحقيق فوائد من غير مساهمة في التكاليف، ومن ناحية أخرى فيكون هناك حوافز للراكب الحر.

فهل هذا يعني أن العناية بالصحة هي بضاعة عامة؟ لا ليس كذلك لسبب واحد، هذا فقط المنافس. فإذا كان هناك شخص بمفرده يستهلك دواء (نتيجة استشارة الأطباء، أو التطعيم)، ومن ثم هناك دواء آخر (استشارة الأطباء، أو التطعيم) أقل توفراً لاستهلاك الآخرين. فالرعاية الصحية تكون مستبعدة ـ عندما يكون باستطاعة المولين بسهولة منع الأفراد من الاستهلاك. مهما يكن هناك جوانب للصحة التي تكون فيها السلع عامة. واحدة منها التحكم في العدوى مثل إدارة الملاريا خلال

الإجراءات البيئية (Mills and Gilson 1988). فكل فرد في المجتمع يستطيع أن ينتفع من أن يكون لديه ممول لمياه خالية من الملاريا دون منع أي شخص آخر من حق الانتفاع بهذا. فإنه لا منافسة في هذا، وإضافة إلى أنه لا يوجد أحد يستبعد من هذا الانتفاع. المعلومات أيضاً جزء متكامل من برامج الصحة العامة. وباستطاعتنا اعتبارها سلعة عامة، ومهما يكن هذا فقط غير مستبعد إذا تجمع الأفراد *للحصول على السلع* التي تسمح لهم الحصول على المعلومات عبر التلفاز، أو المذياع. إن عدم الاستبعاد يؤدي إلى الركوب الحر الذي يؤدي إلى استهلاك الأفراد أكثر المشاركة العادلة في البضاعة. وعدم المنافسة يؤدي إلى انخفاض في الاستهلاك الاجتماعي الأمثل، وكنتيجة لذلك فالتنافس في الأسواق التامة تحت عرض البضائع العامة، وبالتالي فإن الوصول المباشر، أو التمويل من قبل الحكومات يكون مطلوباً للوصول إلى الحد الاجتماعي الأمثل للإنتاج (Smith et al. 2003).

## التأمين الصحي:

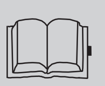
إن الطلب للرعاية الصحية غالباً ما يتجلى كطلب لتأمين الرعاية الصحية. فأسواق التأمين هي تطور استجابة طبيعية لعبء المخاطرة. ففي الحقيقة إن التأمين استجابة لفشل السوق المتعلق حول توقيت الطلب للرعاية الصحية. فأسواق التأمين تُعقد نموذج للطلب الذي رأيته في الفصل الرابع. المستهلكين، فبدل من طلب الرعاية الصحية يكون طلب تأمين الصحة. توفر شركات التأمين الرعاية الصحية، أو الأفراد يطلبون ذلك ويدفع التأمين من أجل ذلك.

## نشاط 8-4:

قم بقراءة المقتطف التالي الذي كتب بواسطة دونالدسون (Donaldson et al.2005)، ثم بعد ذلك حاول الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. لماذا يقوم الناس بالحصول على *التأمين*؟
2. لماذا يقوم الناس بالحصول على *الرعاية الصحية*؟

فالمقال يشير إلى الأقساط العادلة الأكتوارية بدقة. وهذا يعني أن الكمية (القسط) الذي يدفعه الفرد للتأمين فهو يعكس احتمالية الشخصية، ومدى احتياجها للعناية الصحية.



## غير اللايقين وطلب التأمين

بالنسبة للأفراد، الأمراض غير المتوقعة. بصفة عامة من المحتمل التنبؤ بالمآل المرتبط مع الحالات المزمنة، والتنبؤ بمصطلحات احتمالية حول أن الناس بمختلف الأعمار، والظروف، والشروط القائمة سوف يدفعون ثمن حالة الصحة في المستقبل. ولكن مستوى الفرد، ومستقبل حالة الصحة ليس مؤكداً.

وهذا يترتب عليه أن الفرد لا يكون باستطاعته التخطيط لمستقبل الاستهلاك في الرعاية الصحية كالطريقة المستخدمة في السلع مثل الطعام. ونتيجة لعدم القدرة على التخطيط لأحداث المستقبل لذلك تصبح الأسواق غير منظمة في تنظيم آلية التأمين. حيث إن الأفراد والعائلة يستطيعون دفع مبالغ وكالة تجميع الأخطار (لشركات التأمين للتأمين) لضمان سداد المال في حال حدوث المرض مما يؤدي إلى تأمين الفرد، ودفع نفاقات التأمين الصحي. هناك بعض التأمينات ضد فقدان الدخل، وتقام من قبل الفرد. لكن بالرغم من الرغبة في ذلك فإنه من الصعب التأمين ضد القلق، الألم، والمعانة نتيجة مباشرة من المرض. وذلك لأنه من الصعوبة تقييم القلق والألم والمعاناة نقدياً ولأن شركات التأمين لا تستطيع الحصول على تقديرات موثوقة، وموضوعية عن كم الألم والمعاناة لدى المرضى. ومن ناحية أخرى فإن تكاليف الرعاية الصحية تكبدت وبأمانة نفقات الأمراض الموجودة، والقابلية للقياس. ولذلك فإن تأمين الرعاية الصحية الذي يتم أخذه من قبل المؤَمَّن عليه. ورغم من إنه يعود إلى التأمين الصحي. لا تستطيع الناس التأمين ضد اعتلال الصحة بعينه، ولكن التكلفة المالية تغطي نفقات الاعتلال الصحي. وبالرغم من ذلك فإن الرعاية الصحية تجسد المفهوم الواسع لصيانة الدخل.

فإذا كانت سياسات التأمين ذات مصدقية فإن الأقساط المدفوعة سوف تكون مساوية لمصاريف الرعاية الصحية. ومهما يكن فهذا يفترض أن شركات التأمين لا تحقق أرباحاً، ولا تتحمل التكاليف الإدارية. وعلى افتراض أن هذا غير محقق ومع ذلك فإن الناس لا يزالون يقومون بالدفع، وتغطية التكاليف لتحمل تغطية النفقات، وتحقيق

الربح. والسبب في ذلك عموماً كون الناس ينفرون من المخاطرة. وهم لا يحبون المخاطرة ويكسبون المنفعة بتغطية اللايقين للخسائر المالية الضخمة. ففائدة المكسب هو ما يجعلهم يقومون بالدفع.

وعلى سبيل المثال في مجتمع من 10 أشخاص فإنه من المتعارف عليه أن كل شخص لديه فرصة واحدة إلى عشرٍ فرص لتحمل نفقات التأمين الصحي الذي يبلغ 1000 جنيه استرليني سنوياً. إذا كان الكل ينفرون من الخطر كل فرد أخذ سياسة التأمين. عبر القيام بدفع 100 جنيه استرليني سنوياً لكيٍ تكون عادلة. ومهما يكن إذا كانت التكلفة الإدارية 10 جنيه استرليني سنوياً. فهل كل شخص يستطيع أن يقوم بدفع التكاليف حتى لو بلغن 101 جنيه استرليني؟ إن الإجابة المحتملة نعم.

يفضل الناس عادة التأمين ضد الخسائر الكبيرة غير المتوقعة عن تلك الصغيرة التي تحدث عادة، ويكون متوقع حدوثها. فعلى سبيل المثال هؤلاء الأشخاص الذين يقومون بزيارة طبيب الأسنان كل ستة أشهر لمجرد الفحص. فإنهم لا يجدون قيمة من التأمين عندما يتوقع حدوث الفحص، وعدم تكلفته. ولكنهم يفضلون التأمين ضد التبعات غير المتوقعة، والغالية من الفحوصات المطلوبة للأسنان، وما يتكلفه من نفقات. وهذا لا يعني أن الناس لا يقومون بالتأمين ضد الخسائر القليلة، والكثير من الناس يقومون بدفع التأمين ضد الخسائر القليلة. فالسبب في ذلك لا يعود فقط إلى عدم اليقين نفسه، ولكن إلىٍ القلق تجاه تكلفة العلاج. مهما يكن فإن الشخص يتوقع قيمة التأمين مقدماً ضد ما هو غير متوقع للخسارة، وبالأخص ما هو ضخم منها.

(Donaldson et al. 2005)

## التغذية الراجعة:

1. فالناس الذين ينفرون من المخاطر، ويقومون بالتأمين لأن التأمين يقلل من المخاطر التي يقابلونها. فهم يقومون بالتأمين إذا كانت الفائدة المرتبطة بهذا تفوق الفائدة المتوقعة.
2. كما أشار دونالدسون *وآخرون* (Donaldson et *al.*) إلى أن الضمان الصحي ليس التأمين ضد الحالة الصحية، ولكنه ضد تكلفة العلاج. وعندما يقوم الشخص

بدفع التأمين الصحي سنوياً عندما يكون مريضاً فإنه لن يدفع قيمة علاجه. وبدلاً من ذلك، إذا كان عليه الدفع فإنه سيدفع بمعدل أقل بكثير.

فالتأمين يقوم بحماية الأفراد من المخاطر المالية. بمهما يكن، فإن سوق الرعاية الصحية للتأمين ليس بالضرورة ذو كفاءة تخصصية. فأسواق التأمين تكون خاضعة لفشل السوق الذي ينشأ بسبب عدم تماثل المعلومات.

إن عدم تماثل المعلومات يوجد عندما يكون أحد الأشخاص في الصفقة الاقتصادية لديه معلومات وثيقة الصلة بالموضوع أكثر من شخص آخر. فذلك يقتضي أن تكلفة الشخص المجهول للوصول إلى المعلومات يكون باهظ جداً. وهذا يؤدي إلى أفعال ضد الحزب النظامي مما ينتج عنه فشل السوق. وتحت الظروف الطبيعية فإن هذا الشخص يقوم بجمع المعلومات وبالتالي يستطيع تقليل الخسارة إلى الحد الأدنى. عندما تكون تكلفة جمع المعلومات غالية الثمن، وذلك من فوائد الصفقة الأصلية وهذا يصبح غير كاف للتعويض. وسوف ترى الآن هذا يحدث في أسواق تأمين الرعاية الصحية في شكّل من أشكال.

## الانتقاء الضار:

في حالة التأمين، عندما يفكر أحد الأشخاص بأنه في خطر أقل حظاً لأخذ التأمين من هؤلاء الذين يعتقدون أنهم في خطر مرتفع. وهذا يعني أن الأشخاص ذووا الخطر المرتفع سوف تتجمع مخاطرهم، والأشخاص ذووا الخطر الأقل لن يتجمعوا. وهذا ما يعرف بالانتقاء الضار. ومن المجموعة المطلعة على الموضوع (الأشخاص الذين يدركون الخطر على صحتهم). فهم فقط الذين سوف ينتفعون من معظم الاتفاقيات التي تدخل في المعاهدات، لرفع الضرر عن ذلك الشخص الذي يكون على علم ودراية بأهمية التأمين، والشخص الجاهل لا يستطيع إخبارنا بأن المعاهدة سوف تكون سيئة أو لا لأنه لا يملك لديه المعلومات الضرورية. وفي هذه الحالة نجد أن شركة التأمين لا تستطيع إخبارنا ما إذا كان التأمين عالٍ أو منخفض الخطورة. فإذا قامت شركة التأمين بمنح، وجمع المعلومات عن مستوىً الخطورة لكل شخص مؤمن عليه ومن ثم يستطيعون منح علاوة من شأنها تحقيق منفعة لكل شخص. وهناك أشياء من شأنها الوقوف دون الحد الأمثل للتأمين. وهذا ما سوف نراه في الفصل الحادي عشر مما يؤدي إلى انهيار السوق الذي سببه انتقاء الشركات الضار.

## نشاط 8-5:

في أي دولة حيث يكون المصدر الرئيسي للتمويل هو من خلال التأمين الصحي الخاص، هل كل مجموعات السكان يفضلون أن يكون مؤمن عليهم؟

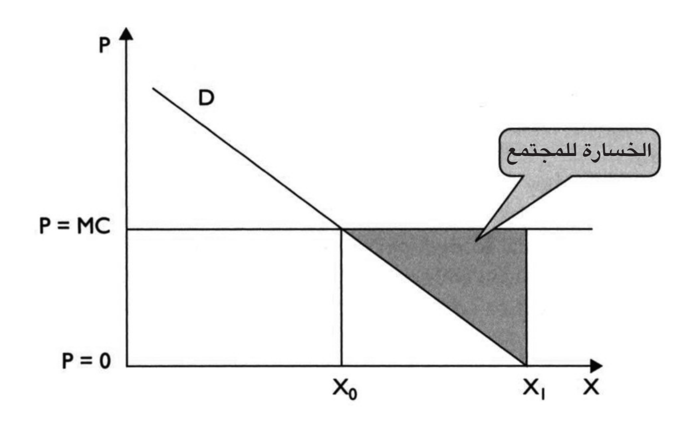
## التغذية الراجعة:

فهناك مجموعتان من الناس يبقون دون تأمين. الأولى هؤلاء الذين يعتبرون أنفسهم ذوي مخاطر قليلة فلا يستطيعون إيجاد سياسة تأمين تعكس تلك المخاطر المنخفضة. وهذا ما يحدث إذا كانت شركة التأمين لا تعلم بتلك المخاطر القليلة. وهذا ما يشكل فشل السوق (الانتقاء الضار) لأن العلاوة تكون مقبولة لكل من شركة التأمين، والمؤمن عليه، عندما يكون هناك عدم تماثل في المعلومات.

المجموعة الأخرى التي تفضِّل البقاء دون تأمين هؤلاء ذوي المخاطر العالية ولكنهم لا يستطيعون في الحقيقة دفع تكلفة التأمين رغم عدم فشل السوق. هذا ما يبدو أنه ظلم، وفي هذه الحالة يؤدي ذلك إلى كثير من الاهتمام السياسي ففي الولايات المتحدة الأمريكية التي تنفق كثيراً من المال لكل فرد في الرعاية الصحية أكثر من أي دولة أخرى. فهناك تقريباً خمسة وأربعون مليون شخص دون تغطية تأمين صحي إذا كان هناك العديد من الناس أعلى من متوسط المخاطر الصحية. إلزامياً فإن نظام التأمين الاجتماعي له ما يبرره على أساس من التكافؤ، والعدالة (انظر الفصل الثاني عشر). ففكرة إلزام التأمين ينظر إليها بخطورة عن طريق البعض في الولايات المتحدة الأمريكية لأن مفهوم حرية الاختيار ذو قيمة مثالية عالية.

## الخطر المعنوي:

يلاحظ شكل آخر من فشل السوق يلاحظ في كل من توفير الرعاية الصحية وفي أسواق التأمين الصحي هو الخطر المعنوي. وهذا ما يحدث لدى الشخص الذي لديه العلم والمعلومات عند عقد الصفقة، فهو يستخدم تلك المعلومات ليسيء إلى الشخص الذي ليس لديه تلك المعلومات. على سبيل المثال إن الشخص المؤمن عليه أن يكون لديه حافزاً للاندفاع بتهور *(مستهلك ذو خطر معنوي)*. وهذا بإمكانه أن يوضع نفسه بأقل مجهود يمكن عمله لتجنب الحاجة للرعاية الصحية. تماماً كهؤلاء الأفراد الذين يأخذون أقل رعاية كالبحث عمّا فوق الدراجة عندما يكون مؤمناً عليه. فالناس ربما لا يقومون بعمل التمرينات، ربما يتناولون كمية زائدة من الكحول، أو التدخين. تحت الخصوصية، أو التأمين الاجتماعي المول من الأنظمة الضريبية فالمجانية، أو السعر المدعوم للرعاية الصحية يكون كنتيجة للاستهلاك المتزايد للرعاية الصحية عند المرض. (فالشكل 8-5) يرينا، أو يوضح لنا كيف إنه في هذه الحالة عندما يقوم المستهلكين بالاستهلاك حتى نقطة تكون فيها هامش المنفعة مساوٍ لهامش التكلفة (السعر) مما ينتج عنه عموماً خسارة في الرفاهية الاجتماعية.




**(الشكل 8-5): إمكانية فقدان الرفاهية الاجتماعية من وضع سعر أقل من التكلفة الحدية (MC - P > 0).**

تعاني شركات التأمين مالياً من الخطر المعنوي للمستهلكين. ولمعالجة هذا فإن شركة التأمين باستطاعتها وضع بند في العقد حيث لا يسمح بمثل هذا السلوك ولكن تكاليف رصد الصفقة سواء كان المؤمن عليه سوف يلتزم، أو لا حتى ولو كانت ذات تكلفة عالية. فهناك خطتان توضع من قبل شركات التأمين لتقليل الخطر المعنوي.

فأولها يلتزم بتقليل قسط التأمين لهؤلاء الأشخاص الذين لديهم مطالبات في صفقات قديمة ماضية. وهذه الطريقة تساعدنا للتفرقة بين الأشخاص ذوو الخطر القليل، والأشخاص ذوو الخطر العالي، وذلك يعطي شركات التأمين الاستطاعه، ولتقديم الأقساط التي تعكس مستويات الخطر لكل مجموعة. فهذه الخطة لن تكون كاملة لأن بعض من العملاء ذوي الخطر العالي لن يبدو مطالبهم بعد. بينما بعض من هؤلاء العملاء غير المحظوظين ذوي الخطر المنخفض يكونون بالفعل قد أبدو مطالبهم. فعلاوة على ذلك هذا لا يمكن تطبيقه عندما لا يكون أحد الأفراد باستطاعته أخذ وثيقة التأمين قبل أن يتحقق من مطالبه أولا. فتلك الاستراتيجية سوف تزود هؤلاء الأشخاص المؤمن عليهم بحافز لتقليل مخاطرهم لأنهم إذا لم يقوموا بفعل ذلك فسوف يحتاجون لعمل تلك المطالبة التي من شأنها زيادة قسط التأمين في المستقبل.

أما الألية الثانية فهي تقديم أشكالاً مختلفة لرسوم المستخدمين، أو تكلفة الأليات: كمثال *الخصومات، أو المشاركة في التسديد*. وهذا ما يؤدي إلى تقليل المنافع الصحية وبالتالي من المحتمل أن تكون معالجة لفقدان الرفاهية. (Lagarde and Palmer 2008; Thomson et *al*. 2010).

## نشاط 8-6:

هناك بعض السلبيات لرسوم المستخدمين. ماذا تعتقد أن تكون؟

## التغذية الراجعة:

- إن مستخدمي الرسوم يؤثرون على االمجموعات ذات الدخل المنخفض بشكل غير متناسب.
- الطلب يقل على العلاجات المؤثرة بالإضافة إلى الرعاية الصحية العادية.
- ربما لن يقللوا من تكلفة الرعاية الصحية في حالة ما إذا كان الممول ذا خطر معنوي. (الممول ذو خطر، أو الممول بفعل الطلب) يحدث هذا عندما يكون ممول خدمات الإمداد يريد رفع الدخل بمعرفة أن المؤمن عليه (الحزب الثالث) سيقوم بالدفع (انظر إلى الفصل العاشر).
- إن الدول ذات الدخل المنخفض لا بديل فيها من دفع الرسوم لجمع الأموال للرعاية الصحية (ضريبة قاعدية ضعيفة، أسواق تأمين فقيرة، إلخ).

سوف تقرأ الكثير عن مختلف الآليات المشاركة للتكلفة تحت خصوصية التأمين في الفصل الحادي عشر.

## الوكالة:

حاول أن تتذكر نموذج الطلب في الفصل الرابع. في هذا النموذج أن المستهلكين (أو في حالة الرعاية الصحية، المرضى) يكونوا ذات سيادة، ولكي يكونوا كذلك يجب أن يكون:

- الحكم على التكلفة والمنفعة للرعاية الصحية.
- تحمل الرعاية وتلقي المنفعة.
- شراء العلاجات حينما تكون المنفعة زائدة عن التكلفة.

العديد من مناطق الرعاية الصحية هذه الشروط لا تبقى، وكذلك سيادة المريض تكون محدودة. في معظم النماذج فإن المريض لديه تأمين الرعاية الصحية، وهذا يعني أنه لا يتحمل التكلفة كاملة فهم يطلبون أيضاً ممولاً لتلك الرعاية الصحية ليمثلهم بالنيابة عنهم في ما يشير له الاقتصاديون *بالعلاقة بالوكالة*. فالاقتصاديون عادة

ما يصفون الأطباء (كعملاء) لأنهم يقومون بالتصرف نيابة عن المرضى. فالطبيب (العميل) يتم إخباره عن صحة المريض، وخيارات علاجه فالمريض (المسؤول) يكون على جهل نسبياً بهذه المسائل، فلذلك لابد على الطبيب أن يقوم بالاهتمام الكافي بالمريض. فالشخص سيقوم بتوظيف الخدمات كوكيل إذا اعتقد أن الفائدة بعد ذلك تكون أكبر من بدون مساعدة الوكيل.

من المحتمل أنت قد تعي أن هذه العلاقة تكون تابعة لعدم مماثلة المعلومات. والطبيب عادة ما يفضل إخباره بحالة المريض عن المريض نفسه. وهذا ما يؤدي إلى رفع الخطر المعنوي. ففي هذه الحالة تحدث الخطر المعنوي يحدث عندما يمثل الوكيل بنفسه الاهتمام بنفقات المريض، أو الطرف الثالث الذي يقوم بالدفع.

## نشاط 8-7:

من قراءتك، وخبراتك وفهمك حاول الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. ترخيص الأطباء والمتخصصين في الرعاية الصحية ضروري، ومحتم وبالرغم من ذلك لماذا لا يكون غير كافٍ؟
2. في النظام الذي يكون فيه دافع للطرف الثالث (مثل التأمين الاجتماعي) فمن المفترض أن هناك نظرياً ثلاث معلومات غير متماثلة. واحدة منها دافع علاقة المريض، والذي من شأنه أن يؤدي بالمستهلك إلى الخطر المعنوي فما هما الدافعان المتبقيان؟

## التغذية الراجعة:

1. من الملاحظ مبكراً أن وجود الترخيص هو الحاجز للدخول إلى سوق الرعاية الصحية فهو من المحتمل أن يزيد من الاستغلال في قوة السوق. فإنه في معظم البلدان هناك عدد كبير من الأطباء في سوق الرعاية الصحية في حالة تنافس. لكن هناك الكثير من الأسباب التي تحوم دون ذلك.

أ. لأن الأطباء من الأفضل أن يخبروا العملاء بالخدمات المقدّمة وبذلك هم قادرون على الاحتكار رغم أنهم ليسوا كذلك. فهم يستطيعون التأثير على السعر لأن العملاء يكونون على جهل بالجودة نسبياً لمختلف المولين. فالمرضى الذين يكونون على جهل بخصوص فاعلية الخدمات، وذلك على حسب نصيحة الطبيب لهم. فعند شرائهم بسعر أعلى من المنفعة المحققة فهذا ما نسميه

الطلب الناجم عن المموول (انظر الفصل العاشر). حيث يكون الحافز لفعل ذلك إذا كان العائد المالي للخدمات المقدمة مرتفع.

ب. المنظمات التي تهتم بالكفاءات المميزة يكون لديها قوة معتبرة في الخدمات الصحية. ومن المهم أن لا تكون لهذه الهيئات دور في وضع التكلفة المالية للخدمات. وهذا يعني أن الأطباء ستكونون هم المتحكمون في كل من الإنتاج والسعر في سوق الرعاية الصحية. فإذا كانت التكاليف عالية فإن الأطباء سوف يكون لديهم حافز لتوفير ما وراء مستوى كفاءة التخصصية (الطلب الناجم عن الممول). من المتجادل عليه أن الكفاءة التي يتم الحصول عليها في نظام الولايات المتحدة للرعاية الصحية بعد قوة الهيئات المهيمنة أصبحت محدودة (Green 2007).

ج. يجد الأطباء المختصين أنهم بالحقيقة يجب أن يكون لديهم الاحتكار لتلك الخدمات للمقدمة. فباستطاعتهم توفير تلك الخدمات للمرضى، أو أصحاب العمل بسعر مرتفع جداً.

2. (الجدول 8–1): يوضح الخطوط العريضة لإمكانية عدم التماثل.

**(الجدول 8-1): العلاقة مع عدم تماثل المعلومات.**

| *الطرف المعلوم* | *الطرف المجهول* | *فشل السوق* |
|---|---|---|
| المريض | *الدافع | 1. مستهلك ذو خطر معنوي<br>2. الانتقاء الضار |
| الطبيب | مريض | وكالة ناقصة |
| الطبيب | *الدافع | ممول ذو خطر معنوي (الطلب الناجم عن الممول) |

*الدافع: ربما يكون مؤمن خاص ـ نظام التأمين الاجتماعي، أو الحكومي.

*إن* عدم *تماثل المعلومات* ليس حصرياً هو سبب سقوط السوق في سوق تأمين الرعاية الصحية ولكن كذلك وجد أن خدمات الرعاية الصحية لها دور. فعدم الكفاءة ترتفع بسبب العلاقة بين المريض، والطبيب، والطبيب، والدافع فهي نموذج *لعلاقة الوكالة*.

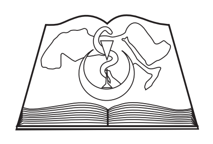
## تدخل الحكومة:

تعلمنا حتى الآن في هذا الفصل أن فشل الأسواق يوجد في سوق الرعاية الصحية، وسوق التأمين الصحي. فوجود العوامل الخارجية، والاحتكار جدل ضخم لتدخل الحكومة. مهما يكن في الفصل السابق عدد من الحجج المتعاكسة قدمت لدعم الأسواق في الرعاية الصحية متضمنة تسهيلات في الكفاءة التقنية، والتخصصية، الابتكار، والمرونة، والتعاون التطوعي، والاختيار.

وقد تعلمنا في هذا الفصل أيضاً عن مبادرات الحكومة، وشركات التأمين لخفض تأثير فشل السوق. ولكن ماذا عن تدخل الحكومة – فهل يكون فعالاً ؟ إن تدخل الحكومة يكون مطلوباً عند التمويل العام ( الضرائب). إذا وصلت الحكومة للسيطرة على سوق الرعاية الصحية فإن كميات كبيرة من التمويل سوف تكون مطلوبة. فالضرائب تشويهية سواء كانت في البضائع، والخدمات، أو الدخل. وهذا يؤدي إلى تغيير في توازن السعر والكمية، وكذلك قلة الرفاهية الاجتماعية في الأسواق. فذلك مدى فشل السوق وهذا ما يؤخذ بعين الاعتبار. إن فشل السوق المرتبط بالرعاية الصحية يكون غير هام نسبياً، لذلك الرعاية الصحية يجب أن تترك للسوق.

## الملخص:

لقد قمت بقراءة أنواع مختلفة حول عدم الكفاءة التي تحدث في الأسواق من الاحتكار، والسلع العامة والعوامل الخارجية ، وعدم تماثل المعلومات، والآليات المختلفة للحكومات التي تستطيع من خلالها السيطرة على المؤثرات السلبية. وتعلمت أيضاً أن دور تأمين الرعاية الصحية تلعب دوراً في تشكيل سوق الرعاية الصحية. وفي القسم الرابع سوف نقوم معاً بإحضار قراءتك من القسم الأول للكتاب لنكتشف مناطق تمويل الرعاية الصحية.



# الباب الرابع

# تمويل الرعاية الصحية

## Health care financing

# الفصل التاسع

## التغير في عالم تمويل الرعاية الصحية

## The changing world of health care finance

### نظرة عامة:

يقدم هذا الفصل التساؤلات حول مصدر تمويل الرعاية الصحية، وكيفية استخدامه. بعد عرض مقدمة عن ترتيبات الطرف الثالث، ومدفوعات الجيب سوف يقوم هذا الفصل بتفحص التطور التاريخي لتوفير الرعاية الصحية في العديد من الدول، والفرق ما بين الوكيل الخاص، والعام في تمويل الخدمات الصحية والاستفسارات فيما يخص مدى تحمل الحكومات لمسؤولية تنظيم الخدمات الصحية.

### الأهداف التعليمية:

بعد الانتهاء من هذا الفصل سوف تكون قادراً على:

- التفريق ما بين طرق التمويل الرئيسية للخدمات الصحية.
- تعريف العوامل التاريخية، والثقافية التي أثرت في تطور تمويل الرعاية الصحية.
- تعريف العوامل التي تحدد نمو نفقات الرعاية الصحية.
- التفريق ما بين الاختيارات المختلفة للتمويل الخاص/العام المشترك لتمويل، وتوفير الرعاية الصحية.

### المصطلحات الأساسية:

**التمويل المجتمعي**: هو مجموعة الإجراءات التي تتخذها المجتمعات المحلية لتمويل الصحة من خلال جمع مدفوعات الجيب، والتي قد تشمل طرق متنوعة للدفع مثل: النقد ـ الدفع العيني ـ الدفع الجزئي، أو الدفع المؤجل.

**الوسيط المالي:** هي وكالة تقوم بجمع المال لتقوم بالدفع لمزودي الصحة بالنيابة عن المرضى.

**جمع الأموال:** هي العملية التي تجمع فيها الأموال من أجل استخدامها في تمويل الرعاية الصحية لمجموعة من السكان وبالتالي يتقاسم المشتركون مجموعة المخاطر.

**مدفوعات الجيب (المباشرة):** الدفع مباشرة من المريض لمزود الصحة.

**أدوية بلا وصفة:** هي الأدوية التي يتم شراؤها من الصيدلي، أو بائعي الجملة، بلا وصفة طبيب.

**الشراء:** عملية تخصيص التمويل لمزودي الرعاية الصحية.

**التنظيم:** هو تدخل الحكومة من خلال فرض قواعد، ومعايير.

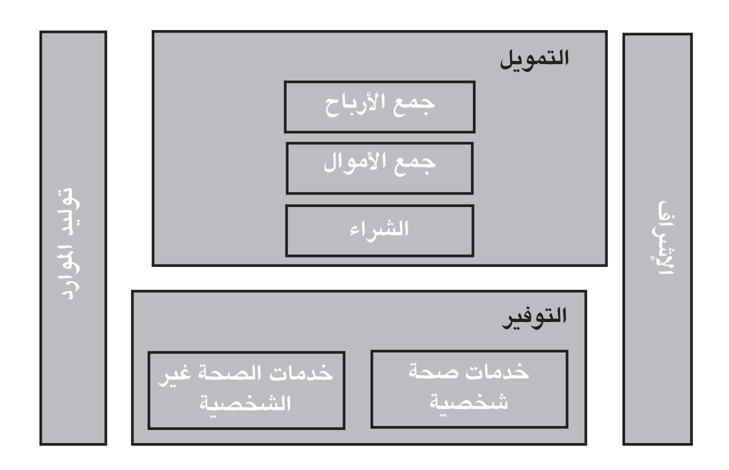
**جمع الأرباح (العائد):** زيادة الأرباح سواء بشكل مباشر من خلال من يسعون إلى الرعاية الصحية، أو بشكل غير مباشر من خلال الحكومة، أو المتبرعين.

**التغطية الشاملة:** امتداد الخدمات الصحية لتشمل جميع السكان حيث تمكنهم من الحصول على خدمات عالية الجودة، معتمدة في ذلك على الاحتياج والتفضيلات ـ متجاهلة مستوى الدخل، والحالة الاجتماعية، والاقامة.

**المدفوعات غير الرسمية:** الإنفاق الزائد في الرسوم الرسمية، وتسمى أيضاً «مدفوعات تحت الطاولة»، أو المدفوعات «المغلفة».

## تمويل النظام الصحي:

إن تمويل النظام الصحي هي العملية التي يتم من خلالها جمع الأرباح من مصادر أولية، وثانوية حيث تتراكم في مجموع الأموال، ويتم توزيعها على نشاطات مزودي الرعاية الصحية (Murray and Frenk 2000). يحدد (الشكل 9-1) دور تمويل الرعاية الصحية في النظام الصحي بأكمله. يوجد ثلاثة أنشطة رئيسية يقوم بها التمويل في النظام الصحي. جمع *الأرباح* وهو يشير إلى زيادة الأرباح سواء بشكل مباشر من خلال من يسعون إلى الرعاية الصحية، أو بشكل غير مباشر من خلال الحكومة، أو المتبرعين. جمع *الأموال* وهي العملية التي تجمع فيها الأموال من أجل استخدامها في تمويل الرعاية الصحية لمجموعة من السكان، وبالتالي تقاسم المشتركون فيها لمجموعة من المخاطر. أما *الشراء:* هو عملية توزيع الأموال على مزودي الرعاية الصحية.

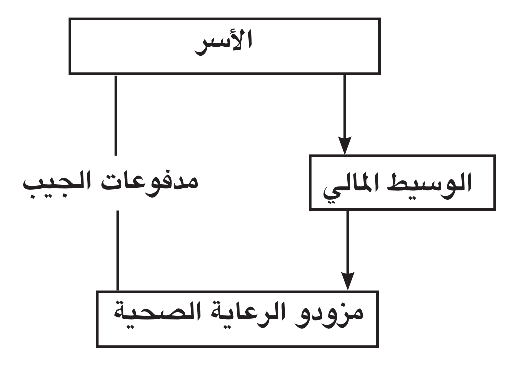



**(الشكل 9-1): وظائف النظام الصحي.**

***Source:* (Murray and Frenk 2000).**

أخيراً ـ يبدأ تمويل الرعاية الصحية بالأسر سواء من خلال مدفوعات الجيبٍ – الضرائب، أو التأمين الصحي. وبالتالي فان تمويل الرعاية الصحية يمثل سبيلاً تدفُّق من الأموال من المرضى لمزود الرعاية الصحية للحصول على الخدمات. يوضح (الشكل 9-2) طريقتان لدفع الخدمات الصحية :

- مدفوعات *الجيب*: وهي أقدم، وأبسط أشكال الصفقات بين المريض، ومزود الرعاية الصحية
- مدفوعات *الطرف الثالث*: حيث يتم الدفع لمزود الرعاية الصحية من خلال شركة تأمين أو حكومة.




**(الشكل 9-2): سبيل أو مسار التمويل في توفير الرعاية الصحية.**

يركز معظم هذا الفصل على طرق التمويل الرئيسية من خلال طرف ثالث. سلفاً، يعد التفكير في مدفوعات الجيب مناسباً أكثر حيث إنها مصدر تمويل مهم للرعاية الصحية.

## نشاط 9-1:

1. لأي من الخدمات الصحية يتم الدفع عن طريق مدفوعات الجيب في بلدك؟
2. ما هي المصاريف التي لا تغطيها مدفوعات الجيب؟
3. هل تعتقد أن نفقات الجيب زادت خلال الأعوام السابقة؟

## التغذية الراجعة:

1. تلعب مدفوعات الجيب دوراً مهماً في الرعاية الصحية في العديد من البلدان. وهناك دليلاً على أن السكان غير المشمولين في التأمين في الدول ذات الدخل المنخفض يقومون بدفع مقدار كبير للرعاية الصحية مقارنة بدخلهم. أكثر من 50 % من نفقات الرعاية الصحية في أفريقيا تأتي مباشرة من دفع المصادر الخاصة (Bennet et al.1997).

تشمل مصاريف مدفوعات الجيب الآتي:

- الاستشارات الخاصة مع الأطباء.
- الأدوية التي لا تحتاج لوصفة طبية.
- المدفوعات المشتركة، ورسوم المستخدم: حيث تكون مدفوعات الطرف الثالث هي السائدة ـ تلعب التكاليف المشتركة في شكل المدفوعات دوراً هاماً. قد يتم تطبيق المدفوعات المشتركة ورسوم المستخدم في الأدوية التي تحتاج وصفة طبيب ليتم صرفها ـ رعاية المستشفى ـ رعاية مرضى العيادات الخارجية ـ وسائل نقل الطوارئ.
- الرسوم غير الرسمية: إلى جانب الرسوم الرسمية ـ المدفوعات غير الرسمية لعمال الصحة هي الأكثر شيوعاً في الكثير من الدول. أما في بعض الدول الآسيوية فإن المدفوعات الإضافية لفريق العمل لاستخدام رعاية المستشفى هي الأكثر شيوعاً، حيث يتوقع الأطباء في نطاق من البلدان في وسط أوروبا، وأوروبا الشرقية المدفوعات غير الرسمية إضافة لدخلهم.
- الخدمات غير المغطاة بالتأمين: تكاليف وسائل النقل ـ الأدوية التقليدية، أو التكميلية وخدمات الرفاهية كجراحات التجميل.

2. هذه هي المصاريف التي تعد كبيرة بالنسبة للدخل، فعلى سبيل المثال: العلاجات باهظة الثمن، والتي غالباً لا يتم الدفع لها من خلال مصروفات الجيب، فقد يحتاج الأفراد إلى القيام بصرف نسبة كبيرة من دخلهم، أو ثروتهم على الرعاية الصحية. يلجأ الأفراد إلى حماية أنفسهم بالتأمين مما قد يصيبهم الخسائر كارثية محتملة. فقد يتجه تفكيرك نحو الخدمات ذات المواصفات التي تسعى للمنفعة العامة حيث التمويل عام لأنها غير مقدمة من خلال الأسواق الخاصة. فكِّر في الخدمات الوقائية مثل التوعية الصحية التي قد لا يسعى المستهلك لشرائها بشكل خاص.
3. على كل ـ إنفاقات الجيب على الرعاية الصحية في ازدياد، وذلك لزيادة نسبة الأدوية التي لا تحتاج وصفة طبيِّة لبيعها، وزيادة التكاليف المشتركة.

## تطور تمويل الخدمات الصحية:

أظهرت المقارنات العالمية أن الدول تستخدم طرقاً مختلفة للدفع للخدمات الصحية، على سبيل المثال: فقد ابتكرت السويد، وفرنسا ممارسات مختلفة بشكل بارز في تمويل المستشفيات، والدفع للأطباء. تمتلك دول أمريكا اللاتينية أنظمة تأمين اجتماعية بينما يعتبر تمويل الحكومة في كثير من الدول الأفريقية شائعاً.

وتعد هذه الاختلافات على المدى البعيد بسبب عوامل تاريخية، وقد يؤدي تحليل السياق التاريخي إلى الإدراك بأن تمويل الصحة اليوم قد تمَّ تشكيله من خلال عوامل ثقافية، وسياسية من الماضي. وهو ما يفسر سبب اختلاف نهج التمويل الصحي بين الدول فقد يساعدك هذا في عمل مقارنات ذات معنى بين الدول كما تمكنك من إدراك نقاط القوة، والضعف للنظام الصحي في دولتك.

### من التأمين الخاص إلى التأمين الصحي الاجتماعي إلى التغطية الشاملة:

قبل تطور أنظمة الرعاية الصحية الحديثة ـ كانت الحكومة، أو المؤسسات الخيرية هي مصدر تمويل الخدمات لمجموعات من السكان الذين اعتبروا رعايتهم كواجب عليهم، فعلى سبيل المثال: تأسيس مستشفيات مخصصة للفقراء كما وجد في الهند ـ الصين ـ الدول العربية، والأماكن التي يرجع تاريخها للقرون الوسطى في أوروبا (Abel-Smith and Campling 1994).

ولمزيد من المعلومات ـ تعود الريادة في *التأمين الصحي الخاص (أو الاختياري)* إلى أوروبا وهذا قد يرجع إلى أوائل القرن الثامن عشر. وفي القرن التاسع عشر تم

تطوير التأمين الخاص في أوروبا وانتشر إلى جنوب، وشمال أمريكا. في تلك الفترة تم دخول *التأمين الاجتماعي (أو الإلزامي)* في ألمانيا للعاملين في الصناعة في عام 1883 عن طريق (أوتو فون بيسمارك) (98-1815) (Otto von Bismarck) ـ تم بناؤه فوق ما تبقى من التأمين الاختياري السابق. لقد تم تكوين أنظمة التأمين الاجتماعي المعتمد على الراتب بشكل راسخ في أوروبا، ولاحقاً في أمريكا اللاتينية وآسيا، والآن في أفريقيا.

## تحقيق التغطية الشاملة للرعاية الصحية:

استخدمت الدول مختلف الوسائل لتوفير الرعاية الصحية للجميع: وقد تم تحقيق *التغطية الشاملة*، سواء كامتداد للتأمين الاجتماعي، أو كتوفير من الحكومة لكافة السكان.

قام الاتحاد السوفيتي السابق بتوسيع التغطية من خلال توفير الحكومة لها في عام 1938 وتلى هذا المثال دول جبهة السوفييت بعد الحرب العالمية الثانية. قامت المملكة المتحدة بامداد التغطية للجميع في عام 1948. تم تأسيس خدمات الصحة القومية في بريطانيا كجزء أساسي من الإصلاحات الاجتماعية التي طالب بها ويليام بيفيريدج (William Beveridge) بهدف تزويد الخدمات الصحية لجميع السكان. حيث يشكل التأمين الخاص في الولايات المتحدة الأمريكية دوراً أكبر مما يمثله في أوروبا، ولكن حتى في الولايات المتحدة الأمريكية فإن الرعاية الصحية ذات التمويل العام تلعب دوراً كبيراً لكبار السن ـ للفقراء، وخدمات القوات المسلحة ـ واصلاحات عام 2010 للرعاية الصحية هدفت لنقل الولايات المتحدة الأمريكية للتغطية الشاملة.

تتأثر أنظمة تمويل الصحة للدول ذات الدخل المنخفض بماضيها الاستعماري. موَّلت الحكومة في المستعمرات البريطانية الخدمات للقوات المسلحة، والخدمات المدنية مقدمة الأساس لمزيد من تطويرات الرعاية الصحية، بينما قُدِّم النموذج في المستعمرات الفرنسية عن طريق هيئات أكبر حيث كانت مطالبة بتقدم الخدمات لموظفيها. كما تلعب المنظمات الخيرية، والبعثات دوراً في تمويل المستشفيات على نطاق مختلف. أما في فترة ما بعد المستعمرات بذلت تلك الدول مجهوداً لإمداد الخدمات بما يتناسب مع النمو الاقتصادي، والموارد المتاحة (Abel-Smith and Campling 1994).

## نشاط 9-2:

سوف تتسنى لك الفرصة من خلال هذا النشاط لتتعرف على الأسس الحالية لنظام التمويل الصحي في بلدك.

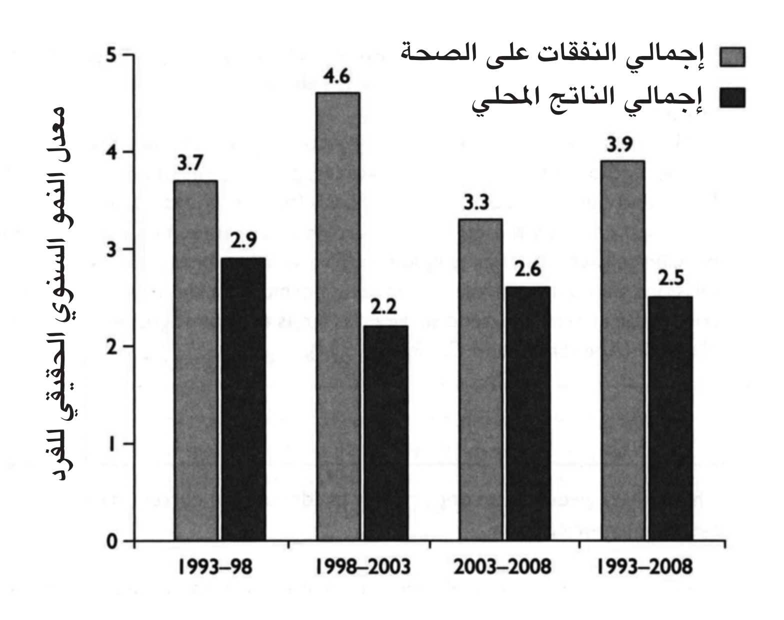
1. ماهي الطريقة الأساسية لتمويل الخدمات الصحية في دولتك (مدفوعات الجيب ـ التأمين الخاص ـ التأمين الاجتماعي ـ الضرائب)؟ ما هي الطرق السابقة التي تم استخدامها لتمويل النظام؟
2. ما هي النسبة التقريبية للسكان المغطاه بكل مصدر من مصادر التمويل؟

## التغذية الراجعة:

1. ترجع أنظمة التمويل الصحي في معظم البلدان إلى واحدة من وسائل التمويل المتعددة التي تطورت في نهاية القرن التاسع عشر، ومن أقدم أشكال التمويل هي المدفوعات المباشرة من هؤلاء الذين يستخدمون الخدمات إلى مزودي الرعاية الصحية. يلي ذلك تطور الخدمات المقدمة من الحكومة، أو المؤسسات الخيرية، ويليها التأمين الخاص، والتأمين الاجتماعي، حيث سادت المشاريع الاختيارية في كثير من الدول قبل تطور التأمين الاجتماعي، أو أنظمة التمويل الضريبي، والنظام الرسمي السابق للتمويل في الدول ذات الدخل المنخفض هو خدمات القوات المسلحة، والخدمة المدنية، وبعثات المستشفيات.
2. وجود مصدر واحد للتمويل لا يعني بالضرورة تغطية جميع السكان. تعتمد معظم الدول على مصادر متعددة للتمويل حيث يتم الإبقاء على بعض عناصر الترتيبات السابقة حينما تدخل طرق جديدة للتمويل.

## زيادة تكاليف الرعاية الصحية:

كلما تطورت أنظمة الصحة، وتم تغطية نسبة أكبر من السكان القوميين بالتأمين الصحي، كلما زاد القلق على زيادة تكاليف الرعاية الصحية. يبين (الشكل 9-3) أن النمو في مجموع إنفاق الصحة تجاوز النمو في الناتج المحلي الإجمالي في معظم دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية خلال الخمسة عشرة سنة الماضية. لماذا تستمر تكاليف الخدمات الصحية في الازدياد؟ إنك تحتاج أن تكون على دراية كاملة بالاعتبارات السياسية والاقتصادية الجزئية حينما تقوم بتحليل التغيرات في تكاليف الرعاية الصحية. هناك العديد من الأسباب المترابطة التي قد تعطي تفسيراً لتلك التساؤلات .




**(الشكل 9-3): النمو في مجموع نفقات الصحة وإجمالي الناتج المحلي (1993-2008).**

***Source:* OECD (2010a).**

## العوامل الديموجرافية:

تقوم *التغيرات النسبية* فيما بين السكان إلى جانب *النمو المطلق للسكان بالتأثير* على تكاليف الرعاية الصحية. فقد تعني التغيرات النسبية أن توزيع السكان يتجه نحو المجموعات ذات الاحتياج الأكبر للرعاية الصحية (كبار السن ـ صغار السن ـ السكان المشردون).

## العوامل الاقتصادية:

كما قرأت في الفصل الثاني فإن التوجهات الاقتصادية تؤثر على قطاع الصحة وتكاليف الخدمات الصحية. النمو الاقتصادي في العموم يصاحبه زيادة في تكاليف الخدمات الصحية، وللركود الاقتصادي تأثير معاكس، ولكن يجب أن تعي أن البطالة والفقر مرتبطان بالأمراض، وهذا ما يزيد الضغط على الخدمات الصحية. حينما تقوم بتقييم تصاعد التكاليف فإنك تحتاج أن تضع في عين الاعتبار الزيادة العامة للأسعار

من خلال متابعة معدل التضخم، كما أن عوامل الامداد تمثل ضغوطاً مهمة على سبيل المثال: ازدياد عدد الأطباء، والمستشفيات، أو زيادة المدفوعات لعمال الصحة.

## تقدم التكنولوجيا الصحية:

في بداية القرن العشرين ـ كان للخدمات الصحية عدداً قليلاً من العلاجات الفعالة. منذ ذلك الحين أخذت أرقام التدخلات الفعالة في الازدياد المتواصل، وعلى سبيل المثال: المضادات الحيوية (1960) ـ جراحة القلب المفتوح (1954) ـ الديال الدموي (1960) ـ التصوير المقطعي المحوسب (1973). قد يرجع النصف إلى ربع نمو الانفاق الصحي ما بين عامي (1960 – 2007) إلى التقدم التكنولوجي (Smith et *al*. 2009) وحديثاً استخدام الأدوات التشخيصية باهظة الثمن مثل الرنين المغناطيسي وأجهزة التصوير المقطعية المحوسبة عملت على زيادة تكاليف الرعاية الصحية، مع زيادة أكثر من 100 % لوحدات الرنين المغناطيسي للفرد عبر دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ما بين عامي (2000 – 2008) (منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية 2010)

## أنماط المرض:

لماذا يؤدي تغير أنماط المرض وقد تم ملاحظته في العديد من الدول ذات الدخل المنخفض إلى التأثير على تكاليف الرعاية الصحية؟ أولا: الأمراض الحديثة مثل الايدز فيروس نقص المناعة المكتسبة زادت مستوى اعتلال الصحة بين السكان. ثانياً: الزيادة النسبية في الأمراض المزمنة والأمراض طويلة المدى تؤدي إلى زيادة تكاليف الرعاية الصحية. كان على الدول مع هذا التطور الاقتصادي أن تتعامل مع زيادة تكاليف الرعاية الصحية ـ وحيث أن الوفيات في الأطفال كنتيجة للأمراض المعدية قلّت نسبة إلى الوفيات في الكبار كنتيجة للأمراض المزمنة. يسمى هذا الاتجاه *بالتحول الوبائي (أو الصحي)*. لاحظ بأن 60 % من مجموع الوفيات في عام 2001 كانت بسبب أمراض غير معدية، وتتوزع هذه الأرقام بشكل غير متساو تبعاً لفئة الدخل: الأمراض غير المعدية هي المسؤولة عن 36 % من الوفيات في 20 % من أفقر السكان في العالم مقارنة بـ 87 % من السكان الأكثر غنى. يشير هذا إلى أن التدخلات الفعالة غير المكلفة في محاربة الأمراض المعدية غير الباهظة لها الأولوية في تحسين صحة الفقراء (Mathers et al. 2006).

## تطور نظام الصحة:

قام بعض الكتاب (ريلمان 1988 – هارست 1992) (Hurst ـ Relman 1988 1992) بطرح نموذج المراحل الثلاث لشرح كيفية تغير الأنظمة الصحية خلال الأعوام الـ 60 الماضية، والتي أدت بدورها إلى تغير التكاليف.

1. أثناء المرحلة الأولى ـ قامت السياسات بإزالة العوائق المالية للرعاية الصحية. زادت الترتيبات التمويلية الجديدة تغطية السكان وحفزت *التوسع* في الخدمات الصحية.
2. الزيادة اللاحقة في الطلب أدت إلى النمو السريع في نفقات الرعاية الصحية. يزداد عادة الانفاق بشكل أكبر من الناتج المحلي الإجمالي وركزت الجهود السياسية على *السيطرة على التكاليف*.
3. من تجربة الارتفاع المطلق في التكاليف ـ تم الإدراك أن السيطرة على التكاليف وحدها ليست فعالة . تهدف سياسات المرحلة الثالثة إلى *تحسين كفاءة* توصيل، واستخدام الخدمة.

## العوامل السياسية:

تعتمد الميزانيات السياسية بلا شك على حكم سياسي. قد يكون هناك حقنٍ نقدي إضافي قبل الانتخابات، أو الانحرافات عن معدلات النمو المخطط لها نظراً للأولويات الأخرى، وقد تكون التمويلات الصحية محولة رسمياً لدعم أغراض أخرى. المخاوف المتعلقة فيما يخص تحقيق العدالة، وتحسين الحصول على الخدمات وزيادة التكاليف. على الصعيد الآخر قد يؤدي فساد السياسيين ـ وموظفي الخدمة المدنية ـ ومزودي الرعاية الصحية إلى احتمالية حدوث خسائر اقتصادية ضخمة.

## بعض المغالطات الدارجة حول المناقشات الحالية:

يجب أن تكون حذراً فيٍ تقدير أثر الشيخوخة على تكاليف الرعاية الصحية. أظهرت أبحاث أجريت حديثاً بأن أعلى التكاليف هي التي يتم دفعها في آخر سنة يعيشها المريض بغض النظر عن العمر. يميل كبار السن إلى استهلاك موارد أقل من تلك التي يستهلكها الأصغر سناً (Hamel et al. 1996; Werblow et al. 2007) وقد يبدو تزايد التكاليف للوفيات في الدول ذات الدخل المرتفع أكثر أهمية من تزايد نسبة كبار السن بشكل ثابت.

ويجب أن تدرك أنه على عكس الاعتقاد السائد ـ تؤدي *الوقاية، والعلاج المبكر* إلى زيادة التكاليف على المدى البعيد، وعلى سبيل المثال: تكاليف الرعاية الصحية على مدى عمر الفرد أقل بين المدخنين عن غير المدخنين ـ بافتراض أن الموت المبكر من التدخين يمنع من دفع تكاليف إضافية لعلاج أمراض أخرى (Barendregt et al .1997) إضافة إلى ذلك: الموت المبكر يقلل تكاليف الدفع للمعاشات التقاعدية.

هناك مغالطة أخرى مرتبطة بتأثير *تقنيات الرعاية الصحية الحديثة*. تعد المعدات الصحية الحديثة باهظة الثمن في بدايتها، ولكنها في نهايةٍ المطاف فعّالة من حيث التكلفة مقارنة بالتقنيات القديمة. كما سوف تتعلم لاحقاً في الفصولِ الأخرى عن التقييم الاقتصادي ـ فإن التقنيات الحديثة قد يكون استخدامها مبرراً في حال كانت تكاليفها أقل، أو عملت على تحسين النتائج، والخدمات، أو كليهما. ومن المهم أن تدرك أن التقدم التكنولوجي بحد ذاته ليس هو من يسبب تصاعداً في التكاليف، فضلاً عن الفشل في تنفيذ التقييم الاقتصادي (Normand 1991).

## تغيّر عالم تمويل الخدمات الصحية:

إن ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية يعني أن الدفع للرعاية الصحية أصبح مصدر قلق في معظم الدول إن لم يكن جميعها. كما أن الحكومة قلقة من التبعات الاقتصادية والسياسية لزيادة تكاليف إمداد الخدمات الصحية، وتحاول الحد من الإنفاق من خلال سيطرة مشددة، وغيرها من الإصلاحات، حيث أن هناك مجموعة كبيرة من الأدبيات تشير إلى أن العديد من البلدان غير راضية عن أساليب التمويل الحالية، وتقديم الخدمات الصحية، أو كما في حالة الاتحاد السوفيتي السابق حيث اضطر إلى إصلاحات عن طريق التغيير السياسي الهائل، والأزمة الاقتصادية، وعلى الرغم من اختلاف الدوافع وأنواع الإصلاحات إلا أنها تشترك في بعض المواضيع:

- *الفصل بين مسؤوليات المشتري*، ومزود الرعاية الصحية حيث إن الفكرة الكامنة هي جعل المشتري يتعاقد مع مزودي الرعاية الصحية من خلال تقديم أفضل قيمة للمال وبالتالي زيادة كفاءة الخدمات المقدمة.
- *إعادة تعريف دور الدولة* في مسؤولياتها عن الرعاية الصحية.
- تشجيع *القطاع الخاص*.
- تشجيع *المنافسة بين مزودي الصحة*.
- *مصادر بديلة للتمويل*: أدت قيود الميزانية، والتغير السياسي في كثير من البلدان إلى البحث في القطاع الصحي، والحكومات وعن طرق بديلة لتعبئة الموارد.

عند وضع ما سبق في عين الاعتبار سوف يكون من السهل التفريق ما بين التغيرات الكبيرة، والتغيرات البسيطة. فالتغيرات البسيطة لا تؤثر على الطريقة الأساسية في التمويل. مثل تلك التغيرات والتي تشمل إدخال المدفوعات المشتركة، وتغير طرق الدفع لمزود الصحة، وبشكل معاكس فإن التغيرات الكبيرة تتضمن تغييراً في الطريقة الرئيسية للتمويل مثل الحركة الانتقالية في إيطاليا وإسبانيا من التأمين الاجتماعي إلى نظام مبني على الضرائب، أو التغطية الشاملة القائمة على الضرائب كما في تايلاند.

بعض التغيرات الجذرية الحديثة حدثت في الاتحاد السوفيتي السابق، وأوروبا الشرقية (Davis 2010). وهناك عدد كبير من الدول الشيوعية السابقة حدثت فيها تغيرات من الخدمات الممولة حكومياً للتأمين الاجتماعي. إحدى عشر دولة اجتازت قوانين التأمين الاجتماعي ما بين 1991 و1996 (Ensor and Thompson 1997).

كما حدثت بعض التغييرات الجذرية في بعض الدول ذات الدخل المنخفض حيث الاستخدام الأعظم للتمويل المجتمعي، ورسوم المريض. لا يشير مفهوم (التمويل المجتمعي) لآلية تمويل مخصصة وإنما إلى الطريقة التي تنظم بها المجتمعات المحلية جمع الأموال، ومجموع الجهود المبذولة في المجتمعات الريفية عادة ما يكون هدفها ليس هدفاً صحياً ـ مثل تحصيل التأمين، والتمويل الإئتماني، وكثيراً ما يتم تطوير التمويل المجتمعي للرعاية الصحية حيث لا توجد خدمات حكومية مجانية.

## تطوير أساليب دفع مزود الصحة:

لقد تم تطوير طرق الدفع لمزودي الصحة مع تطور أنظمة التمويل، وإيجاد الوسيلة الأمثل للدفع تعد مصدراً ثابتاً للنقاشات السياسية حيث إنها مصدر رئيسي لإدارة التكاليف (Bodenheimer 2005). وقد قام الأطباء باستخدام استراتيجيات لكسب ظروف معينة من ضمنها المقاطعة، والشراء فضلاً عن تأسيس منظمة تأمين خاصة بهم (Abel-Smith and Compling 1994)، حيث تتعلق الصراعات فيما بين مختصي الصحة ووكلاء التمويل بواحدة من الآتي:

- ينبغي توظيف الأطباء، أو التصرف كمتعهدين مستقلين.
- المدفوعات يجب أن تعتمد على *الراتب* ـ على عدد المرضىالذي حصلوا على الرعاية (ضريبة الرؤوس) –على عناصر العناية التي تمَّ تقديمها (تكلفة لكل خدمة) ـ جودة أداء مزود الرعاية الصحية، أو خليط من تلك الخيارات.
- يجب على المرضى الدفع لمزودي الصحة مباشرة، ومن ثم المطالبة بالسداد من شركات التأمين، أو الحكومة، أو ينبغي أن يقدم الممولون المدفوعات مباشرة لمزود الصحة.

## نشاط 9-3:

يعد المرضى ـ الاتحادات التجارية ـ الأطباء، وأرباب العمل مجموعات مهمة حيث شكلت تلك المجموعات تطور تمويل الرعاية الصحية، وعلى سبيل المثال فإن فشل الولايات المتحدة الأمريكية في تحقيق التغطية الشاملة يتعلق بتأثير المهنة الطبية مع القدرة على استخدام النظام السياسي ـ الذي استجاب لجماعات ضغط قوية

إلى جانب غيرها من الأسباب (Abel-Smith and Compling 1994). إلى أي مدى أثرت المهنة الطبية على طرق الدفع للخدمات الصحية في بلدك؟ فكر في الوضع الوظيفي لمزودي الرعاية الصحية وطرق الدفع لهم.

## التغذية الراجعة:

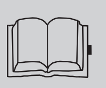
يجب أن تدرك أن الكثير من طرق الدفع لمزودي الصحة حالياً هي انعكاسات للنزاعات السياسية السابقة. مع تطور تمويل الرعاية الصحية تبنى الأطباء استراتيجيات لتحقيق وضع مستقل عن الوكيل المالي، وتحقيق ظروف دفعٍ مناسبة. لم يكن هذا على قدر من النجاح في الأماكن حيث المستهلك والحكومة يشّكلون منظمة الرعاية الصحية كما هو الحال في بلدان الشمال حيث الأطباء موظفون معروفون، وفي الولايات المتحدة الأمريكية فإن هيمنة شركات التأمين الخاصة قامت بدعم الاتجاه نحو الممارسين المستقلين الذين يتم الدفع لهم من خلال التكلفة لكل خدمة. تستخدم العديد من الدول خليطاً من الطرق للدفع للأطباء على سبيل المثال: يتم الدفع بالراتب للأطباء في المستشفيات، والمتعاقدين المستقلين في الرعاية الأولية. في الفصل التالي سوف تتعرف على أثر الأساليب المختلفة في الدفع لمزودي الرعاية الصحية.

## التمييز ما بين العام والخاص:

ما يميز جميع أنظمة الصحة هو التمييز ما بين الرعاية الصحية العامة، والخاصة. يشير هذا التمييز إلى كلٍ من تمويل، وتوفير الخدمات الصحية. حيث إن فكرة *التمليك* يتم استخدامها لتعرف أياً من المنظمات ينتمي إلى القطاع الخاص أو العام.

لا تشير فكرة الوكالة العامة إلى المنظمات الحكومية فحسب، ولكن أيضاً إلى الهيئات العامة مع المسؤوليات القانونية مثل شركات التأمين الاجتماعي، ويمكن تقسيم القطاع الخاص إلى منظمات *تسعى للربح*، ومنظمات *لا تسعى للربح*، وتشمل السابقة صناعة الأدوية والمستشفيات الخاصة والعيادات، حيث إن بعضاً من الفائض المالي (إن لم يكن معظمه) يذهب من المنظمة إلى المساهمين، أما المنظمات التي لا تسعى للربح يتم استثمار أي فائض مالي في المنظمة لتطوير المرافق، وتدريب فريق العمل. الفرق ما بين المنظمات التي تسعى للربح ليس واضحاً عكس الفائض في المنظمات التي لا تسعى للربح حيث تذهب من المنظمة في شكل تحسين الرواتب والمكافآت.

إما المقتطف التالي من كتاب دونالدسون *وآخرين* 2005 (2005) Donaldson et *al*.'s يعطي إطاراً لتحليل العلاقة ما بين الخاص، والعام.



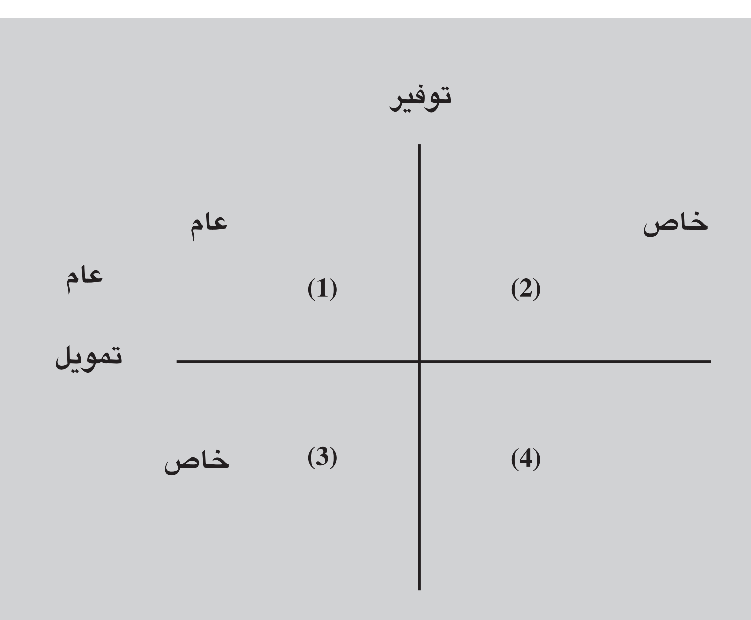
**خليط توفير الرعاية، والتمويل العام، والخاص:**

قد تكون منظمة الوسطاء الماليين مبنية على أسس احتكارية ـ احتكار القلة، أو تنافسية، وفي النظام الاحتكاري عادة ما يكون الوسيط المالي وكالة عامة مثل: الحكومة أو منظمة غير حكومية الكوانجو(1) أو مؤسسة صحية، أما في نظام احتكار القلة (فيه عدد قليل من الوسطاء الماليين الكبار) قد يتم التحكم في التمويل من قبل وكالات عامة، أو خاصة مثل شركات التأمين، أو خليط منها. في النظام التنافسي قد يتواجد عدد كبير من الوسطاء الماليين الصغار...

مهما يكن، فليس من الضروري أن يتطابق توفير الخدمات مع المنظمات المالية، وعلى سبيل المثال: فإن الرعاية في المشافي في العديد من الدول الأوروبية تمثل نظاماً صحياً متكاملاً رأسياً حيث إن التمويل وتوفير الخدمات متحدان في منظمة واحدة. وبالتالي ينتمي كل من التمويل وتوفير الخدمات للعام كما في الربع (1) في (الشكل 9-4). تقع الممارسة العامة في العديد من الدول ضمن الربع (2) مثل تلك الرعاية التي يقدمها أطباء التوظيف الذاتي، والذين على الرغم من ذلك يتلقون معظم دخلهم من الخزينة العامة، كما أنه من المهم أن تدرك بأنه ليس على الأنظمة أن تكون متكاملة رأسياً في كل من: الطرف الخاص الثالث كشركات التأمين، قد تتناسب مع الربع (3)، و(4). النقطة الأساسية هي أن التمويل العام ليس من الضروري أن يطابق التوفير العام، ولا على التمويل الخاص أن يطابق التوفير الخاص، وقد يمول التوفير العام من خلال ترتيبات خاصة (التأمين الخاص ـ الرسوم المباشرة... إلى آخره)، والتوفير الخاص بالتمويل العام (المدفوعات المحتملة قد تقوم بها الوكالات الحكومية مباشرة إلى المستشفيات الخاصة).

وهناك حالة أقوى لتدخل الحكومة في *التمويل* فضلاً عن تقديم الرعاية الصحية. التحكم في الترتيبات المالية للهيئات أتاح الفرصة.

(1) الكوانجو: هي منظمة تمولها الحكومة ولكنها تعمل باستقلال عنها (مثل منظمة الكويزي غير الحكومية).




(1) التمويل العام، والتوفير العام
(2) التمويل العام، والتوفير الخاص
(3) التمويل الخاص، والتوفير العام
(4) التمويل الخاص، والتوفير الخاص

**(الشكل 9-4): الخليط العام ـ الخاص في تمويل وتوفير الرعاية الصحية**
**(*Source:* Donaldson et al. 2005)**

لاتجاهات أكثر في نظام الرعاية الصحية وذلك للسعي نحو الأهداف المجتمعية : كما يستطيع المشتري العام للرعاية أن يتصرف نيابة عن المجتمع ـ تستطيع هيئة عامة أن تملي شروطها لتوفير بقوة مساوية على مزود الصحة الخاص والعام. إمداد الخدمات العامة ببساطة لا يضمن أن الاستخدام من قبل المجموعات الغنية أو الأقل مرضاً أو المرضى المغطون بالتأمين الخاص حيث أنهم أكثر المستهلكين جذبا لمثل تلك المستشفيات عن هؤلاء من هم أكثر حاجة للرعاية (Donaldson et al. 2005).

## نشاط 9-4:

فكِّر في الخيارات المختلفة لتنظيم الرعاية الصحية، وقارن الأمثلة المعطاه في المقتطف السابق مع الوضع في بلدك. حدد على (الشكل 9-4) المكان الذي تتناسب

معه كلاً من الخدمات التالية في بلدتك من، حيث التمويل والتوفير:

- الرعاية الأولية.
- رعاية المستشفى.
- الدواء التقليدي / التكميلي.

## التغذية الراجعة:

لقد تعرفت أن كلاً من التوفير، والتمويل لديهما بُعْداً خاصاً، وعاماً. قد يصعب في بعض الأحيان تحديد خط فاصل واضح بين الخاص، والعام.

على سبيل المثال: الممارس الطبي العام في ألمانيا يتم إعداد من قبل الخاص ولكن قد يحتاجون أن يكونوا أعضاءً في هيئة عامة في حالة رغبوا في إعطاء الرعاية للمشتركين في التأمين الاجتماعي. ليس غريباً في كثير من الدول أن يشترك الطبيب الموظف في العام في الممارسة والاستخدام الخاص وعلى نطاق مختلف في التسهيلات الحكومية يعد الوضع مستقيماً في (1) و(4) في (الشكل 9-4) مع كون التمويل والتوفير خاصاً، أو عاماً: وعلى سبيل المثال: فإن المستشفيات التي تمتلكها الحكومة يمولها التأمين الاجتماعي (1)، أو الدفع للمعالج التقليدي بالرسوم الخاصة (4) فئة (2) تنطبق على الأطباء الذين يعملون لحسابهم لكن يُدفع لهم من التمويل. فئة (3) ـ التمويل الخاص، والتوفير العام ليس غير اعتيادي ـ على سبيل المثال: الدفع للأسّره في المستشفى العام .

تستطيع الحكومة تنظيم التمويل ـ التصرف كمشتري ـ تقديم خدمات، وضبط الخدمات الصحية. في العديد من الدول منخفضة الدخل ـ كان للحكومة دوراً كبيراً في توفير الرعاية الصحية تاريخياً. ترى الحكومة بأنها أكثر الطرق كفاءة وإنصافاً لتقديم الخدمات، إلا أن القطاع الخاص قد يلعب دوراً متزايداً، الظروف الاجتماعية الاقتصادية تحتم بأن الرعاية الخاصة لن تستبدل الخدمات العامة بشكل كلي، وبشكل خاص تعتمد الرعاية الخاصة الأولية في الدول منخفضة الدخل على القطاع العام.

## نشاط 9-5:

قارن وجهة النظر تلك مع رأي دونالدسون (Donaldson et *al*) الذي ينص بوجود حالة أقوى لتدخل الحكومة في التمويل فضلاً عن توفير الرعاية الصحية.

## التغذية الراجعة:

ذكر دونالدسون (Donaldson) بأن إعطاء الحكومة للخدمات لا يضمن الإنصاف، والكفاءة. حيث يفضلون الفصل في المسؤوليات ما بين المشتري، ومزود الرعاية الصحية. يستطيع مشتري الرعاية «هيئة عامة» إملاء شروط توفير الخدمة بقوة مساوية لكلٍ من مزود الرعاية الصحية العام، والخاص. ولاحقاً في هذا الكتاب سوف تتعرف علَى اختيارات الدولة للتدخل في الرعاية الصحية بشكل أعمق.

## الملخص:

تعلمت في هذا الفصل الطرق المختلفة لتمويل الخدمات الصحية، وكيف، ولماذا تم تطوير أنظمة مختلفة في دول مختلفة. كما تعرفت على أسباب زيادة تكاليف الرعاية الصحية. أخيراً: تم تفحص الخليط الممكن ما بين التمويل الخاص والعام وتوفير الخدمات. في الفصل التالي سوف تتعرف على اقتصاديات الطرق المختلفة في الدفع لمزودي الصحة، بعد ذلك سوف يتم التطرق إلى طرق التأمين الصحي الخاص في تحقيق التغطية الشاملة في الفصل الحادي عشر، والثاني عشر بالترتيب.



# الفصل العاشر

## المدفوعات لمقدم الرعاية الصحية
## Provider payments

### نظرة عامة:

سوف تتذكر النقاش حول الدفع للمزودين (مقدمي الرعاية الصحية) من الفصل التاسع. هذا الفصل يبرز هذه القضية بمزيد من التفاصيل. بالإضافة إلى تعريف وشرح الآليات الأساسية، والمستخدمة للدفع لخبراء الصحة، والمستشفيات، و«الحوافز» الناتجة عن استخدام هذه الآليات، وبعد عرض مفهوم *الحوافز* مجملاً سيتم وصف الطرق النظرية المستخدمة من قبل العاملين في الاقتصاد لتحليل الحوافز الكامنة في نظام الصحة.

### الأهداف التعليمية:

من خلال العمل في هذا ستصبح قادراً على:

- تعريف: «الحوافز».
- وصف اثنين من علاقات الوكالة في قطاع الرعاية الصحية.
- شرح / توضيح دور «الحوافز» في علاقات الوكالة.
- وصف مختلف آليات الدفع المستعملة للدفع للأطباء، والحوافز الناتجة عن هذه الطريقة.
- وصف مختلف آليات الدفع المستخدمة للتسديد للمستشفيات، والحوافز الناتجة عنها.

## المصطلحات الأساسية:

**وكيل:** الشخص المفوض عن غيره بالتصرّف.

**نظرية الوكالة (نظرية الوكيل ـ المسؤول):** وصف المشكلات المترتبة عن عدم تطابق المعلومات المتداولة مابين جهتين (الوكيل ـ المسؤول).

**دفع ضريبة الرؤوس:** كمية الأموال المتفق عليها لكل عضو في قطاع معروف من السكان معطاة من الجهة الدافعة الثالثة للمزود ليقوم بمهام محددة.

**المجموعة المرتبطة بالتشخيص (م.م.ت) / مجموعة مصادر الرعاية الصحية:** مخطط توضيحي للتصنيفات المتعددة يقوم بتوضيح العلاقة بين عدد ونوع الحالات التي تم علاجها في الأقسام الداخلية للمستشفى بالمصادر التي تطلبها المستشفى.

**تكلفة لكل خدمة:** آلية الدفع، والتي من خلالها يتلقى المزود كمية محددة من الأموال لكل خدمة يقوم بأدائِها.

**الحافز:** العامل الذي من شأنه الحث على سلوك معين، أو العامل الذي يقوم بتشجيع الأفراد على وفق سلوك محدد.

**المسؤول:** الشخص الذي يتصرَّف الوكيل وفقاً لرغبته.

## الحوافز:

كما تعلمت فإن تحقيق الكفاءة التخصصية في أنظمة الرعاية الصحية تتوقف على عدد من العوامل متضمنة فشل السوق لعدم تطابق المعلومات. كما قد قرأت عن أهمية *المسؤول، والوكيل* في التأثير على متطلبات سوق الرعاية الصحية (كما سبق ذكرة في الفصل الثامن). في هذا الفصل سيتم التعرّف على طبيعة الحوافز المترتبة على آليات التمويل مستخدمة، وتأثيرها على سلوك المزود، وقبل التطرّق لهذا السياق لنتعرف أكثر على معنى «الحوافز»

قد يتم تعريف «الحافز» بشكل عام على أنه أي عامل يحث على مجموعة من الأفعال، أو أي عامل يقوم بتشجيع الأفراد للتصرف بشكل محدد (خاصة لتحسين أوضاعهم عندما يكون المثبط في المقابل).

في مجال الخدمات الصحية، فإن «الحافز» قد يقوم بتشجيع مزودي الخدمات الصحية للعمل أكثر، أو أقل (كلاهما تبعاً لجودة، وكمية الشغل المبذول). حوافز معينة وقد تشجع بعض العاملين بالرعاية الصحية لزيادة المتطلبات لخدمات الصحة، في المقابل قد يكون لها تبعات مهمة على النفقات، وعلى الرغم من الاهتمام الفائق الذي تلقاه *الحوافز المالية* من قبل العاملين في مجال الاقتصاد إلا إنها ليست بالنوع الوحيد، حيث إن هناك العديد من الأنواع الأخرى «للحوافز». كما أن سلوك «الوكيل» قد يكون مرهوناً *بالحوافز الأخلاقية*، وذلك حينما تكون الاختيارات المتاحة أمامه مبينة إعتبارات أخلاقية، أو بما قد يجده أجدر بالتصرف. فعلى سبيل المثال: ففي مجتمعنا عادة ما يكون سلوك الفرد مقيداً «*بحوافز*» *إكراهية* بما فيها من قوانين، ولوائح قانونية والتي إذا ما تم خرقها تسن عليه العقوبات، وفي أحيان أخرى السجن.

**كيف تعمل «الحوافز»..... وكيف لها أن تخفق؟**

يقوم المدرسون في بعض المدراس بتدوين أسماء الطلاب أسبوعياً الذين ينصطون باهتمام وفي نهاية الأسبوع يتم اختيار أحد هؤلاء الأطفال، ويتلقى جائزة من نوع معين. بتلك الطريقة يتم خلق «حافز» يعمل بدوره على تشجيع الأطفال للتصرف بلباقة، والإنصات لمدرسيهم.

بعض هذه الطرق قد ينتج عنها «حوافز» تشجع الأطفال علي التصرف بشكل لم يكن في الحسبان فعلى سبيل المثال: ففي دراسة شهيرة أجريت على سلوك المدرسين (براين ولفت 2003) (Brain and Levitt 2003) أظهر العاملين في الاقتصاد الدور الذي لعبته تلك الاختبارات، والتي كان من شأنها تقييم أداء المدرسين، في أنشاء «حوافز» قوية للتحايل على الطلبة وتقييمهم.

## نظرية الوكالة:

### وصف النموذج:

كما تعلمت من الفصل الثامن أن علاقة المسؤول ـ الوكيل، وتشير للحالة التي يكون فيها الطرف الأول «الوكيل»، والذي يريد من الطرف الثاني «المسؤول» أن يقوم بصياغة مهام محددة لأجل تحقيق هدفيهما، وفي هدا السياق فإن منفعة الطرفين متباينة حيث إن تلك المهام لابد أن تعود بالنفع مباشرة على «المسؤول» في حين أنها قد تكون مكلفة «للوكيل»، والذي يجب عليه بدل مجهود لتنفيذها.

إلى جانب ما قد تم ذكره عن تباين المنفعة، وعلاقة الوكالة تتميز بعدم تطابق المعلومات فيما بين «الوكيل» و«المسؤول». إن كثيراً من النماذج تشير إلى صعوبة قياس وتقييم أداء «الوكيل» بموضوعية. لايستطيع المسؤول مراقبة أداء الوكيل، ولا تعرف ما إذا كان الوكيل يقوم بأداء مهامه على الوجه الأمثل، وهو السؤال الذي يكمن في قلب نظرية المسؤول ـ الوكيل، ومن هنا تأتي أهمية تشجيع «الوكيل» لأداء المهام بما يرجع بالمنفعة على المسؤول وتصميم «حوافز» من شأنها تحقيق المنفعة لكلا الطرفين. حيث يوجد العديد من النظم التي يقوم عليها بعضاً من العقود الفردية التي تحاول القيام بهذه المهمة وربط سلوك الموظف بمكافأة. تتضمن تلك الطرق: أجرة القطعة ـ (مشاطرة) الاختيارات ـ العلاوات التقييمية ـ الترقيات ـ تقاسم الربح ـ الأجور الفعالة ـ التعويضات المؤجلة ..إلى آخره (Prendergast 1999).

## نظرية الوكالة في قطاعات الصحة:

يستشير المريض مختصي الصحة ليصفوا أنسب جرعات الدواء التي تتناسب مع الحالة الصحية للمريض، ولكن بدلاً من السعي لما هو أفضل لمصلحة المريض يقوم مزودو الرعاية الصحية بالسعي لزيادة منافعهم الشخصية. فحين يقوم خبراء الصحة بزيادة منافعهم من خلال زيادة الأرباح، وزيادة أوقات الفراغ فهذا يعني تقليل المجهود (تقليل الوقت المطلوب لفحص المريض)، أو تزويده بعلاج غير ضروري، حيث تتم زيادة المنفعة من خلال تلك الخدمات المضافة. لعدم دراية المريض بالمجال الطبي فإن كثرة الإجراءات، والخطوات المتَّخذة لا تتيح للمريض القدرة على الحكم فيما إذا كانت تلك الخطوات المتخذة من قبل مختصي الصحة هي المثلى لصالح المريض، وفي المقابل لا يتسع للمريض سوى اتباع اقتراحات مختصي الصحة فيما يخص العلاج أو الفحوصات المضافة.

الوكالة هي أيضاً عامل فائق الأهمية في العلاقة ما بين طرف الدافع الثالث ومزودي الرعاية الصحية، ففي الحالة الأولى: أهداف المسؤول (الطرف الثالث الذي يدفع)، والوكيل (مزودي الرعاية الصحية) ليس ضروري نصها. يتوقع الطرف الثالث الدافع من مزودي الصحة إعطاء خدمة ذات جودة عالية مستخدماً الطرق التي يتناسب سعرها مع فاعليتها. لكن مختصي الصحة، والعيادات الطبية لايتحملون التكاليف المالية للخدمات الممنوحة (ولهذا يتم تجاهلم).

هناك افتراض بأنهم سعياً لزيادة منفعتهم الشخصية فإنهم يقومون بتقليل المجهود المبذول، أو أنهم يقومون بزيادة الربح. كما في العلاقة ما بين مختصي

الصحة والمريض حيث إن هناك عدم تطابق في المعلومات، فالمزود فقط هو من يمتلك كافة المعلومات الخاصة بحالة المريض، والمعرفة الطبية اللازمة لتعرف العلاج المطلوب من هنا تكمن صعوبة تقييم آدائهم. من خلال نظام خاص بالطرف الثالث الدافع للنقود سوف يمتلك المريض بعضاً، أو لا شيء من «الحوافز» لمراقبة النشاطات غير الضرورية من قبل المزود حيث إن المريض يأخذ على عاتقه التكاليف فقط من خلال زيادة صغيرة في التأمين أو الضريبة للرعاية التي يتلقاها، ومن خلال علاقة الوكالة سيكون هناك مخاطرة بأن المستوى الأمثل من الرعاية لن يتم منحه من قبل الوكيل/ مزود الرعاية الصحية.

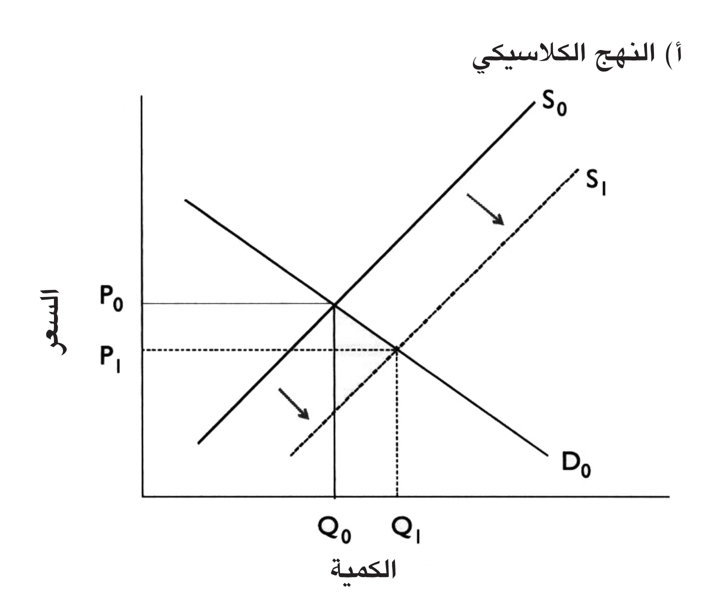
## المتطلبات التي يحث عليها المزود:

كما قد تبين لك فإن عدم تطابق المعلومات في العلاقة ما بين مزود الصحة ـ المريض والدافع ـ مزود الصحة يتيح للمزود إمكانية التصرف بما فيه مصالحه الشخصية. إحدى هذه المظاهر يتمثل في الفحوصات الطبية، والعلاج الذي يطلبه مزود الخدمات الصحية، وهي أكثر مما تتطلبه الحالة، وتدعى هذه الظاهرة «*المتطلبات التي يحث عليها المزود*». تمثل هذه المتطلبات أكثر مما يطلبه المستهلك إن كان على دراية بما يحدث.

(الشكل 10-1) يعطي توضيحاً بيانياً لمشكلة «المطالب التي يحث عليها المزود». تمثل الحروف (So) و(Do) الإمداد والمتطلبات الابتدائية للخدمات الصحية مع التوازن الابتدائي (Po) و(Qo). في حالة وجد زيادة في الخدمات التي يقدمها مختصو الصحة إلى (S1) ـ سوف يتوقع كلاً من الإمداد المعياري، وتحليل المتطلبات أن يسقط السعر من (Po) إلى (P1) وستزيد الكمية المتطلبة من (Qo) إلى (Q1) (الشكل 10-1أ). وفقاً لفرضية المتطلبات التي يحث عليها مزود الصحة ـ تؤدي الزيادة في الإمداد إلى زيادة مباشرة في المتطلبات (الشكل 10-1ب). لم تعد المتطلبات مستقلة، ومستقرة عند (Do)، ولكن في المقابل يستخدم مختصو الصحة تأثيرهم لنقل المتطلبات نحو الخارج لمستوى مثل (Ds1) ـ حيث يسقط توازن السعر إلى (Ps1) مع توازن الكمية (Qs1). تخيل الوضع الذي يقوم به مختصو الصحة من حيث المفاهيم العلمية.

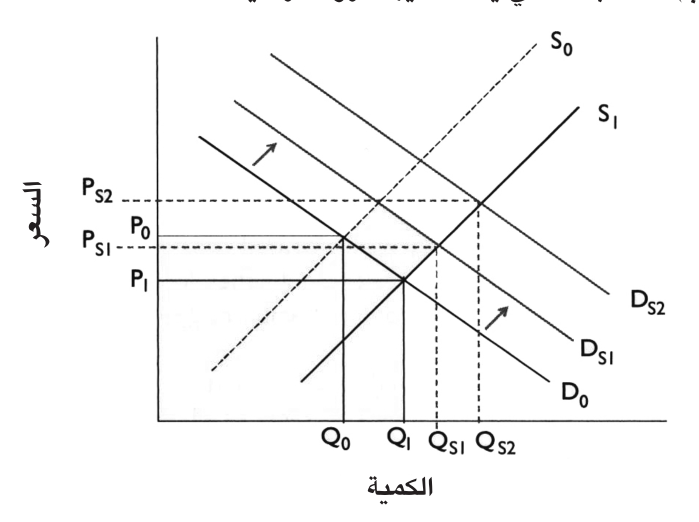
بترجيح معاودة الزيارة بعد الاستشارة، وذلك بعد بضعة أيام للمتابعة، والتأكد من فاعلية العلاج. وبلا هذا الاقتراح من قبل مختصي الصحة ـ لن يعاود معظم المرضى المتابعة. إذا رتب مختصو الصحة لنقل المتطلبات بشكل كبير إلى (Ds2) قد يزداد التوازن فوق السعر الابتدائي (Po) إلى (Ps2) مع توازن (Qs2).

أ) النهج الكلاسيكي






ب) المتطلبات التي يحث عليها مزود الرعاية




(الشكل 10-1): المتطلِّبات التي يحث عليها مزود (مقدم) الرعاية الصحية.

## الحث الداخلي لمزودي الصحة:

إن النهج التقليدي لنظرية الوكالة يعتبر مقيد جداً لحساب تعقيد دوافع مختصي الصحة (مثال: أخلاقيات الأطباء، والمختصين كما سبق تلخيصها من خلال قسم أبقراط) تم تعديل النموذج ليضع إمكانية اتخاذ صالح المريض في الحسبان يشار إلى هذا في العموم بالحث الداخلي لمزودي الصحة ليقوموا ببذل المجهود، والسعي لما فيه خير للمريض. وهذا يعني أنه لا حاجة لهم لضغوط خارجية معينة أو حافز للتصرف بشكل ينفع المريض.

## نشاط 10-1:

الوكيل المثالي من وجهة النظر الاجتماعية هو من يقوم بزيادة الرفاهية الاجتماعية. من وجهة النظر الفردية إن الوكيل المثالي من يقوم بزيادة مصلحة المريض. العوامل المساهمة في منفعة المريض هي:

- صحة المريض.
- معلومات عن صحته، وعن العلاج.
- المشاركة في حدود المعقول في عملية اتخاذ القرارات.
- عملية منفعة المريض ـ الاحترام من قبل العاملين ـ البيئة اللطيفة إلى آخره.
- المنفعة من استهلاك غير الرعاية الصحية.

1. ما هو برأيك ما قد يساعد مختصي الصحة أن يكونوا وكلاء مثاليين
2. ضع في عين الاعتبار العوامل الأساسية التي تساعد في تحسين أداء الأطباء.

## التغذية الراجعة:

1. العوامل التي من شأنها أن تحد من توجه مختصي الرعاية الصحية لمصالحهم الشخصية (إلى جانب المصالح التي تكمن في مصلحة المريض) هي:

- ما إذا كان المريض على قدر من الدراية.
- وجود مراجعة النظير، وغيرها من أشكال الأنظمة المهنية ـ حيث تولد فكرة كشفه أمام زملائه الكثير من الحرج، والذي بدوره قد يكون «حافزاً» قوياً.
- الإيمان بمجموعة من التعاليم الطبية.
- الحوافز المالية في عقودهم، والتي تشجعهم على الحرص على مصلحة المريض.

على الرغم أن *مصلحة المريض* تصب في مصلحة مختصي الرعاية الصحية إلا أنها واحدة من عدة تأثيرات، وعلى غير المتوقع فإن زيادة مصلحة مختصي الرعاية الصحية تتحقق في ذات اللحظة التي يتم فيها زيادة مصلحة المريض.

2. قد يتم اقتراح:

- دخلهم (واستهلاكهم).
- أوقات فراغهم.
- منفعة عائلاتهم، وأصدقائهم.
- وضعهم المهني.
- منفعة المريض.

على الرغم من تعدد العوامل التي تعمل على زيادة منفعة مختصي الرعاية الصحية، فقد قامت دراسات تجريبية بتوضيح أن استخدام الخدمات الصحية تتأثر بخصائص المزود، حتى بعد التحكم في باقي العوامل التي تؤثر على المتطلبات (على سبيل المثال: السعر ـ الدخل، والاحتياجات السريرية) مثل: «حوافز» الاحالة الشخصية (Hillman et al.1990)، ميل الأطباء للكسب المادي (Rizzo and Zeck-hauser 2007) أو طرق الدفع (Gosden et al. 1999) والتي أشاروا جميعهم إلى تأثيرها في استخدام الخدمات الصحية. ما تم كشفه في هذه الدراسات أن مختلف آليات الدفع تنشأ « حوافز» تقوم مباشرة بالتأثير على كمية وجودة، وسعر الرعاية الصحية الممنوحة، وكنتيجة: فإن كيفية الدفع لمزودي الرعاية الصحية بات الموضوع الأساسي في المناظرات المالية للرعاية الصحية، وما تبقى من هذا الفصل يسلط الضوء أكثر نحو هذا الصدد، وذلك بوصف الطرق الأساسية في الدفع لمختصي الصحة، والمستشفيات، وتأثيرها المتوقع. سوف تتعلم أيضاً البراهين التجريبية المتاحة في هذا النحو.

## الدفع لمختصي الصحة:

يتم الدفع لمختصي الصحة باستخدام نوع، وأحياناً وهو الأكثر شيوعاً في مجموعة من 4 آليات: تكلفة لكل خدمة ـ ضريبة الرؤوس ـ الراتب، أو الدفع على أساس الأداء.

### تكلفة لكل خدمة:

تشمل طريقة «تكلفة لكل خدمة» الدفع لمختصي الصحة من خلال كل خدمة ممنوحة لمريض (استشارة ـ جراحة ـ أشعة ...). بمعنى آخر يتلقى مختصو الصحة

كمية محددة من الأموال لكل استشارة يتلقاها المريض. هذه الطريقة شائعة الاستخدام لدفع مختصي الصحة في القطاعات الخاصة في كثير من البلدان. فعلى سبيل المثال: في الولايات المتحدة الأمريكية الأطباء المتعاقدين بتأمين خاص يتم الدفع لهم عن طريق تكلفة لكل خدمة كما هو الحال للممارس العام، والذي يمنح الرعاية الصحية الأولوية في كل من فرنسا، وألمانيا. لأن هذا يعمل على ربط ربح مختصي الصحة بكمية الخدمات الممنوحة. هذه الطريقة تولد «حافز» للمزود لزيادة عدد الاستشارات، أو منح أكثر من خدمة للمريض ذاته «المطالب التي يحث عليها المزود». هذا النوع من الحوافز يستطيع أيضاً أن يتم استخدامه لزيادة حجم الخدمات بموجب الحكم.

لكن طريقة التكلفة لكل خدمة لا تضمن دائماً الحث على زيادة حجم الخدمات. أولاً إذا كانت المدفوعات المدفوعة لخدمة محددة لا تتعدى السعر الذي تحمله مختصي الصحة العكس سيكون حقيقياً. عندئذ سوف يتم تقليل حجم الخدمات الصحية لمختصي الصحة (أو ببساطة لن يتم إمدادها). وشكل التعويضات الممنوحة نفسه لمختصي الصحة من خلال الرعاية الصحية، والتأمين في الولايات المتحدة الأمريكية أدى إلى وجود ميل نحو علاج المريض المؤمن من قبل الجهات الخاصة (Rice 1997).

## ضريبة الرؤوس:

يتم في هذا النظام الدفع للمزود من خلال كمية مسبقة التحديد، وذلك لكل عضو من فئة معينة حيث يتم تغطية المؤن لخدمات معينة لفترة زمنية محددة (غالباً ما تكون سنة واحدة). وتتبع هذه الطريقة في الدفع كطريقة أساسية للممارس العام في المملكة المتحدة كما هو الحال أيضاً في إيطاليا، وإسبانيا (Langbrunner 2005). تتبع هذه الطريقة أحياناً لتشجيع المزود لإعطاء أقل رعاية ممكنة (تقليل عدد زيارات المريض لتقليل الجهد الذي يبذله المزود لزيادة منفعته). هذا النظام قد يؤدي إلى التفريق فيما بين المرضى، وذلك وفقاً لمن يتطلَّب جهداً/انتباهاً أقل، ويوصف هذا النشاط باستخلاص القشدة الزبدة على سبيل المثال هناك من البراهين ما يشهد على هبوط التركيز في حالات الممارس العام في المناطق الفقيرة في المملكة المتحدة (Goddard et al. 2010)، وعلى الرغم من ذلك فإنه وعلى المدى البعيد فإن «الحوافز» ستكون أكثر تعقيداً، وقد يكون تأثيرها على جودة الرعاية الصحية إيجابياً. على سبيل المثال: إذا كان للمريض حرية اختيار المزود، نظام ضريبة الرؤوس يستطيع تشجيع المنافسة فيما بين المزودين لتحسين جودة الخدمات لجذب مرضى أكثر، ولزيادة دخلهم.

## الراتب:

في هذا النهج يتم تعيين مزودي الصحة من خلال منظمات محددة (نموذجياً من قبل الصحة القومي أو المؤمن) ويقوم باستلام راتب محدد كل شهر. هذه الطريقة في الدفع أكثر تواجداً في أكثر البلاد تدنياً في الدخل في بلاد أوروبا الغربية حيث يتلقى الأطباء الراتب من خلال عملهم في مرافق الصحة العامة Langbrunner et al. 2005. وبما أن الرواتب غير مرهونة بحجم النشاطات المزودة فلا توجد «حوافز» لزيادة المتطلبات. إن النظام المبني على الراتب قد يتعارض مع قلة «الحوافز». لقد قامت العديد من المناقشات لربط الترقيات (وما يتبعها من زيادة الراتب) مع الأداء، والتي من شأنها أن تخلق «حافزاً» لزيادة مجهود مختصي الصحة. بالإضافة إلى ذلك وعلى عكس نظام ضريبة الرؤوس، فإنه لا يوجد حافز لمختصي الرعاية الصحية للمنافسة حول المرضى، أو اختيارهم للمريض الذي يحتاج جهداً أقل، وعلى الرغم من هذا فقد وجد أن الأنظمة التي يتلّقى فيها مختصي الصحة رواتب بأنها أقل مستويات الرعاية الصحية (تم قياسها بالاختبارات ـ الإجراءات ـ تداولها/ تحويلها مع آخرين)، وذلك بالمقارنة مع الأنظمة التي يقوم فيها الدفع بالآليات أخرى (تكلفة لكل خدمة ـ ضريبة الرؤوس ـ Gosden et al.1999).

## الدفع حسب الأداء:

بعد التعرُّف على التقييدات التي يولدها كل من الآليات الثلاثة سابقة الذكر في الدفع فإن آليات الدفع التي يتم فيها ربط المكافأة بالحصول على النتائج المرغوب بها لاقت استحساناً في قطاعات الرعاية الصحية، وخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية (Christianson et al. 2007)، وآليات الدفع حسب الأداء (تسمى أيضاً طرق الدفع للأداء) تسعى إلى وصف الفوائد مباشرة للوكيل (المزود) مع فوائد المسؤول مع هدف تحسين جودة الرعاية، وعلى سبيل المثال في المملكة المتحدة: يتلقى الممارس العام زيادة في الدفع حين يصل عدد المرضى الذين يتلقون التطعيمات وصل الى حد معين. يكمن الخطر هنا في الانصراف نحو تحقيق الهدف، وتجاهل وظيفتهم الحقيقية في الرعاية.

جزء من المكافأة التي يتلقّاها المزود تتعلّق مباشرة بأهداف محددة، والتي يمكن على سبيل المثال تعريفها في استخدام الخدمات (عدد النساء الآتي تمت معاينتهم من سرطان عنق الرحم ـ Kouides et al. 1998)، أو جودة الخدمات المقدَّمة (الوقت الذي يتم منحه لكل مريض على حده ـ Petersen et al. 2006). في اللوحة الثانية سوف يتم تعرف هذا النهج أكثر.

**الدفع حسب الأداء في رواندا**

الأمثلة في الدفع حسب الأداء في ظل الدخل المتدني لاتزال نادرة ـ ولكن تكتسب المزيد من الاهتمام من قبل المتبرعين والحكومة على حد سواء كطريقة لتحسين تلقي خدمات الرعاية الصحية عن طريق إعطاء خدمات ذات جودة عالية لعدد اكثر من المرضى. تعد رواندا أول البلدان التي اعتمدت هذه الآلية في عام 2001. تقول وزارة الصحة، والشركاء التشغيليين، والمنظمات غير الحكومية شبكة الصحة العالمية في ولاية كابوتير بتقديم شكل من التمويل المبني على الأداء وهو ما يطلق عليه مبادرة الأداء التمهيدي. ومن قبل تقديم مبادرات الأداء ـ تلقى العاملين في 15 مركز صحة راتب، وعلاوة سنوية محددة دون ربطها بالأداء. يأتي تحت هذا النهج الجديد مكافأة مبنية على النتاج في مراكز الصحة بدلاً من نظام العلاوة المحددة. أدرجت المدفوعات للخدمات التالية، والتي تتيحها مراكز الصحة: الرعاية العلاجية ـ الرعاية ما قبل الولادة ـ تنظيم النسل ـ الولادات المساعدة ـ تطعيمات الأطفال.

بمقارنة مستوى الانتاجية عام 2001 حينما كان نهج الدفع المتَّبع هو العلاوات السنوية المحددة مع مستوى الإنتاجية عام 2003 حيث نُفِّذ مخطط حوافز الدفع حسب النتاج ـ وجدت الدراسة زيادة كبيرة في انتاجية فريق العمل (Messen et al. 2006)، وعلى الرغم من محدودية طريق البحث ـ فقد اقترحت الدراسة بأن ربط الحوافز والمكافآت بالأداء المطلوب عمل على زيادة الرعاية فيما قبل الولادة ـ زيادة التطعيمات، وزيادة الولادات المساعدة.

وعلى الرغم من ذلك فإن المخاطر المترتبة عن هذا النهج معروفة. على سبيل المثال: حيث إن مستخدمي نظام التكلفة لكل خدمة يسعون نحو المكافآت التي تأتي من وراء متطلبات الخدمات، والتي من الملحوظ أن النشاطات التي لا تقرنها مكافأة يتم تجاهلها وكمية الخدمات التي يتبعها مكافأة زادت على حساب الجودة.

## نشاط 10-2:

يمنحك هذا النشاط فرصة التفكُّر في الوضع الحالي لبلدك.

1. كيف يتم الدفع لمختصي الصحة في بلدك على اختلاف الأقسام.

2. ماهي المميزات الرئيسية والسلبيات لكل من تلك الآليات؟ (وفكر في الحوافز التي تخلقها كل من تلك الطرق وفكر في كل آلية لهذه لصانعي السياسة، أو المدراء.

## التغذية الراجعة:

1. يتواجد العديد من الأنظمة في ذات الدولة. على سبيل المثال: يمنح الممارس العام العناية الأولية، والتي قد يتم الدفع لها عن طريق ضريبة الرؤوس في حين أن الأطباء في المستشفيات قد يتلقون راتب، وعلى الصعيد الآخر يتم الدفع للأطباء في القطاعات الخاصة (على سبيل المثال: من يعمل لحسابه) عن طريق تكلفة لكل خدمة، وكيفية مكافأة الأطباء على اختلاف السياق عادة ما ينتج عن صراعات سياسية من الماضي فيما بين مجموعات ذات منافع مختلفة مثل: الاتحادات التجارية ـ المستهلكين ـ المجموعات المستفيدة، والنظام الحكومي.
2. (الجدول 10-1): تقوم بعرض المميزات الرئيسية والسلبيات للطرق الأربعة في الدفع والتي تُسْتعمل للدفع لكل مزود على حدة.

**(الجدول 10-1): الميزات والسلبيات للطرق الأربعة لآليات الدَّفع.**

| الدَّفع | الميزات | السلبيات |
|---|---|---|
| تكلفة لكل خدمة | حافز مباشر للطبيب لزيادة المجهود (قد يكون له مميزاته في بعض الأحيان، وذلك حينما تكون تلك الخدمات تحت الاستعمال) | حافز لزيادة الخدمات فوق ما تتطلبه الحالة (زيادة في الإمداد ـ المتطلبات التي يحث عليها المورد) ـ تصعيد التكاليف |
| ضريبة الرؤوس | لايوجد حافز لزيادة الإمدادات عن ما تستدعيه الحالة<br>حافز قوي لتحسين كفاءة الرعاية المعطاة،<br>تحسين متابعة الرعاية،<br>ضمان التحكم الجيد في التكاليف | حافز لتقليل الإمدادات ـ زيادة الكفاءة قد يقود المزوّد للتضحية بالجودة (رغم ذلك فإن التضحية لا تكون كبيرة حينما يكون المريض حراً في اختياره) |

**تابع (الجدول 10-1): الميزات والسلبيات للطرق الأربعة لآليات الدَّفع.**

| الدَّفع | الميزات | السلبيات |
|---|---|---|
| | | النشاط المسمى بـ «استخلاص القشدة» حيث يفضل الطبيب إدراج المرضى الأقل مرضاً من غيرهم |
| الراتب | لا يوجد حافز لزيادة الإمدادات عن حاجتها، أو الحث على المتطلبات<br>لا يوجد حافز للتنافس على المرضى، أو الاختيار الأفضل منهم، والأكثر صحة ؛<br>التأكد من السيطرة على التكاليف | لا يوجد حافز لتحسين الكفاءة، حافز لتقليل الخدمات، أو جودة الرعاية |
| الدفع حسب الأداء | كثرة التزويد بخدمات معينة (المرغوبة ـ المستهدفة)<br>زيادة جودة الرعاية (عندما تكون مستهدفة) | محاولة البعض بالغش، وذلك لزيادة التقارير (يدعى أيضاً المقامرة)<br>قلة المجهود، والتركيز على الخدمات غير المصحوبة بمكافآت<br>صعوبة المراقبة، والتنفيذ |

## الدفع للمستشفيات:

هناك أربع آليات رئيسية والتي يتم بها تعويض المستشفيات عن خدمات الصحة التي تمنحها ألا وهي: ميزانية البنود ـ ميزانية شاملة ـ الدفع باليوم ـ الدفع بالحالة. كما هو الحال في آليات الدفع للأفراد لكل من هذه الأساليب تأثيره المختلف على سلوك المستشفى.

### ميزانية البنود:

تحدد هذه الآلية ميزانية مفصلة للفئات المشاركة في تقديم الخدمات الصحية (فريق العمل ـ الأدوية ـ الطعام ـ إلخ). عادة ما يكون التوزيع مبنياً على السنوات السابقة، أو/و تقديم الخدمات المتوقعة، وكنتيجة لصلابتها فإن ميزانية البنود تمنح حوافز محدودة للاستعمال المناسب للمصادر من قبل المستشفيات إضافة إلى ذلك

فإنها متعلقة بخدمات فعلية معطاة. دون ربط الميزانية بقياس الجودة فلن يتواجد حوافز مالية لتقوم بالتشجيع على توفير خدمات ذات جودة عالية.

هذه الطريقة في الدفع للمستشفيات كانت مستخدمة من قبل الدول الشيوعية سابقاً حيث كانت تمنح أعلى مستويات للتحكم من قبل المستويات المركزية. إلا أنها لازالت متواجدة بكثرة في الأماكن محدودة الدخل حيث قلة المعلومات عن التكاليف، وحجم المرضى وخصائصهم تمنع الحكومة من تنفيذ طرق دفع أكثر تعقيداً.

## الميزانية الشاملة:

في هذا المنهاج تتلقى المستشفيات الدفع على دفعة واحدة، والتي من المتوقع أن تمنحه تغطية شاملة لجميع لمصاريف، وذلك لمنح الخدمات الصحية للسكان خلال فترة زمنية معطاة (غالباً ما تكون سنة واحدة). وعلى غير ميزانية البنود فإن الميزانية الشاملة تمنح مرونة في تدبير المصادر حيث يقومون بمنح الاستقلالية للمستشفيات. إذا اتيح لهم الحصول على فائض في نهاية تلك الفترة (يتم التوقع بأنهم سيقومون بتغطية أي نقص) قد يتم تشجيع المستشفيات على التحكّم في التكاليف، واستعمال المصادر بفاعلية، والخطر هنا يكمن في أنه يتم تشجيعهم على الاقتصاد في الخدمات الصحية، والحد من الخدمات المعطاة للتأكد من إن المصاريف لاتزال في حدود الميزانية.

الميزانية الشاملة يتم اعتمادها كثيراً من خلال الكثير من البلدان في الاتحاد الأوروبي كآلية دفع أساسية للمستشفيات، وعلى الرغم من ذلك فإنه تقديم تعديلات لتسهيل بعض أشكال الدفع حسب الحالة (انظر أسفل).

## الدفع لكل يوم:

من خلال هذه الآلية في الدفع ـ تتلقى المستشفيات مبلغاً محدداً من المال لكل يوم في السرير لأن تكاليف رعاية المستشفى تكون عادة أكثر خلال الأيام الأولى للدخول، ومن ثم تتقلص. الحافز الناتج عن الدفع باليوم هو إبقاء المريض لمدة أطول لزيادة الربح خاصة حينما يكون الدفع باليوم أكثر من التكلفة الحدية لليوم بالسرير. وعلى الرغم من هذا، وكما هو الحال في التكلفة لكل خدمة فإن هذه الحوافز قد تُقلل من خلال عوامل قرينية أخرى، وعلى سبيل المثال: إذا تم تنفيذ مدفوعات مختلفة لليوم لمرضى مختلفين، أو إذا عرض المؤَمْن معدلات متنوعة ستقوم المستشفيات بتفضيل الاقامات الأطول لبعض المرضى في حين يقومون بتجنب دخول آخرين. باتباع نهاية الأنظمة الشيوعية ـ تتبع المستشفيات الدفع باليوم في مختلف دول أوروبا الشرقية محاولة لزيادة الدخل في المستشفيات، وكفاءة المصادر المستخدمة في آن واحد.

## الدفع لكل حالة:

يتضمن دفع المزود المتوقع دفعة من المال لكل إقامة علاج في المستشفى. في أكثر أشكالها بساطة - دفعة واحدة من المال تعطى لكل حالة، أو خروج بغض النظر عن التكلفة الحقيقية للرعاية. تحصل المستشفيات على ربح أعلى حينما يزورها مرضى أكثر، ولهذا فإن الحافز الناتج هو رؤية حالات أكثر خاصة إذا كان معدل الرعاية أكثر من التكلفة الجدية الحقيقية للحالة. يشجع هذا النموذج من المستشفيات بأن تكون شحيحة الاستخدام للمصادر (التأكد من أن المصادر المستخدمة لحالة محددة تكون في إطار محدد)، وقد تؤدي أيضاً لما هو معروف بـ «استخلاص القشدة» حيث يقومون بزيادة دخل الحالات الأقل شدة على حساب تلك التي تتطلب مصادر أكثر.

للحد من تلك الحوافز السيئة تقوم العديد من البلدان التي تتبنى هذا النهج للدفع لخدمات المستشفى بتعديلات معقدة لخليط من الحالات لتعكس الاختلافات في المجهود والتكاليف المطلوبة وفقاً لكل مرض.

### الدفع لكل حالة في نموذج خليط الحالات:

يتم الدفع بالحالة في أنظمة الرعاية الصحية المتقدمة في المستشفيات بناءاً على أنظمة تشخيص مصنفة، وتسمى بالمجموعات الخاصة بالتشخيص تبعاً للمصطلحات المستعملة في الولايات المتحدة الأمريكية حيث كان ظهورها الأول. في المملكة المتحدة يتم الدفع للمستشفيات تبعاً لنظام مماثل يدعى (مجموعة مصادر الرعاية الصحية). تقوم المجموعة الخاصة بالتشخيص بتصنيف المرضى الذين يحتاجون رعاية إكلينيكية وإلى مجموعات يتم القياس عليها والتي تستهلك مصادر متشابهة في المستشفى. كما أن المجموعة الخاصة بالتشخيص معروفة مسبقاً، وتعلم المستشفيات كمية الأموال التي ستتلقاها لقاء كل مريض يقع ضمن المجموعة الخاصة بالتشخيص. يكافئ نموذج الحالات المختلطة المستشفيات التي تحافظ على التكاليف ضمن حدود الدفع، وبالتالي زيادة كفاءة المصادر المستخدمة، وكما يستطيعون أيضاً تشجيع المستشفيات لتحديث الحالات الصعبة، وهو ما يطلق عليه (المجموعات الخاصة بالتشخيص الزاحفة)، وصرف المرضى مبكراً، وإعادة دخولهم. تعد المجموعة الخاصة بالتشخيص معقدة من حيث التشغيل وتتطلب الكثير من المعلومات. كما أن الأدلة من الدول الانتقالية في أوروبا الشرقية ما تقترح بأن هذا النموذج يصعب تنفيذه في أنظمة الصحة حيث تكون السعة محدودة (Langbrunner and wiley 2002).

## الملخص:

قام هذا الفصل بتعريف خصائص سوق الرعاية الصحية، وعدم تطابق المعلومات فيما بين الذين يقومون بإمداد الخدمات (مزودي الرعاية الصحية)، وبين الذين يستهلكونها، أو يدفعون لها، وتأثير هذه العلاقة على آليات الدفع، وتعد أكثر الطرق شيوعاً في الدفع للأفراد الذين يمدون الرعاية الصحية هي الراتب ـ تكلفة لكل خدمة ـ ضريبة الرؤوس حديثاً الدفع حسب الأداء. يتم الدفع للمستشفيات منذ قديم الأزل للخدمات المقدمة من خلال ميزانيات (ميزانية البنود ـ الميزانية الشاملة)، والدفع باليوم، والدفع بالحالة. حيث يخلق كل من هذه الآليات مجموعة من الحوافز، والتي قد يتم الحد منها من خلال خصائص سوق الرعاية الصحية، وخصائص طرق الدفع. وليس لأي من هذه الطرق الأولوية عن غيره. بعد وضع تلك المعلومات في الحسبان سوف تتعرف على مظاهر أُخْرى من أنظمة تمويل الصحة على شكل التأمين.



# الفصل الحادي عشر

## التأمين الصحي الخاص

## Private health insurance

### نظرة عامة:

لقد تم التعرف على مصادر واستخدامات التمويل في الرعاية الصحية في الفصل التاسع ـ سوف تتفحص أيضاً نقاط القوة، ونقاط الضعف في التأمين الصحي الخاص حيث يقوم هذا الفصل بإعطاء نظرة عامة على آليات التأمين الصحي الخاص وتفحص كيفية القياس التي يتبعها المؤمن ـ أبطال المخاطر، والمجازفات الأخلاقية، والاختيارات غير الموفقة، وسوف تبدأ بأخذ صورة شاملة عن التأمين الصحي الخاص، ومراجعة القواعد النظرية، ومن ثم النظر عن كثب في كيفية عمل كل من التأمين الصحي العام، والرعاية المدارة.

### الأهداف التعليمية:

بعد الانتهاء من هذا الفصل سوف تكون قادراً على:

- شرح المنطق الاقتصادي للتأمين، وكيفية عمله في الرعاية الصحية
- أمثلة عن كيفية تخطي المخاطر الأخلاقية، والاختيارات غير الموفقة التي تتبعها شركات التأمين.
- القدرة على التفريق ما بين الأنواع الرئيسية من أنظمة الرعاية المدارة.
- اقتراح أسباب فشل التأمين الخاص في إعطاء الكفاءة والعدالة.

## المصطلحات الأساسية:

**سداد قسط التأمين:** قسط التأمين يحدد حينما تكون المدفوعات المتوقعة مساوية لقسط التأمين الذي يدفعه الحاصل على التأمين (إلى جانب تكاليف الإدارة).

**التامين المشترك:** نسبة الفاتورة الطبية التي يجب على الحاصل على التأمين دفعها بعدما يجتمع كل من ما تم استقطاعه، والمدفوعات المشتركة.

**التقييم المجتمعي:** أقساط التأمين التي تستند إلى مجموع المخاطر التي يتعرض لها المجتمع .يقوم جميع أفراد المجتمع بدفع القسط نفسه بغض النظر عن خبرة مطالبة، أو مستوى الخطر الشخصي.

**المدفوعات المشتركة:** هو كمية معينة من المال، والتي على الحاصل على التأمين دفعها لقاء كل خدمة يتلقاها، والتي تختلف باختلاف الخدمة.

**القابلة للخصم:** كمية ثابتة من رسوم الرعاية الصحية، والتي على الحاصل على التأمين دفعها قبل أن يبدأ المؤْمَن في الدفع لجميع، أو جزء من التكاليف المتبقية.

**تقييم الخبرة:** أقساط تأمين مستندة إلى خبرة مطالبة، أو مستوى الخطر على سبيل المثال: السن، وذلك لكل فئة يتم التأمين عليها.

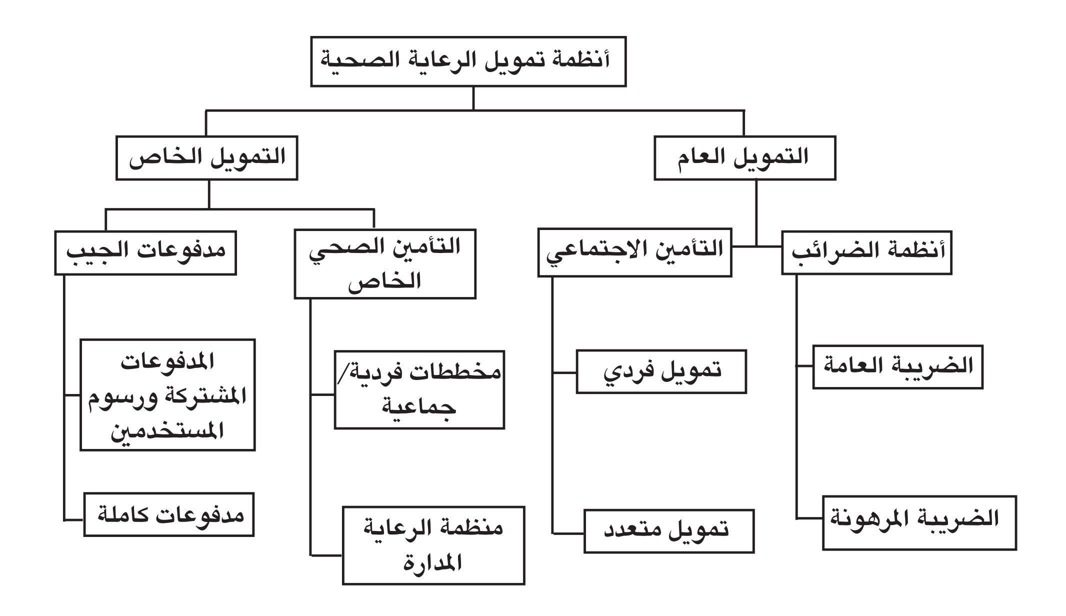
**منظمات الرعاية المدارة:** هي منظمة مع الدفع، أو تسليم ترتيبات للسيطرة على تكاليف الرعاية الصحية، وجودتها من خلال إدارة المنفعة، وكتيب للأدوية وتسجيل مزودي الصحة المشاركين وفقاً، لمعايير خاصة بالاستخدام المناسب للخدمات الصحية.

**توقيع سند التأمين:** هي العملية التي يقوم بها المؤَّمن لمراجعة طلبات التأمين ـ تحديد التغطية التي سوف يقدمها، وتحديد الأقساط المطبقة وفقاً للحالة الصحية للحاصل على التأمين.

## التأمين الصحي الخاص من سياق الحديث:

يمكن تعريف التأمين الصحي الخاص بأنه مجموعة من الخدمات الصحية يمولها الطرف الدافع الثالث من خلال مدفوعات خاصة غير متعلقة بالدخل تسمى

الأقساط. يعد الاشتراك في التأمين الصحي الخاص اختياري. (الشكل 11-1) يقدم التأمين الصحي الخاص من خلل أنظمة تمويل الرعاية الصحية.




**(الشكل 11-1): طرق تمويل الرعاية الصحية الخاصة، والعامة.**

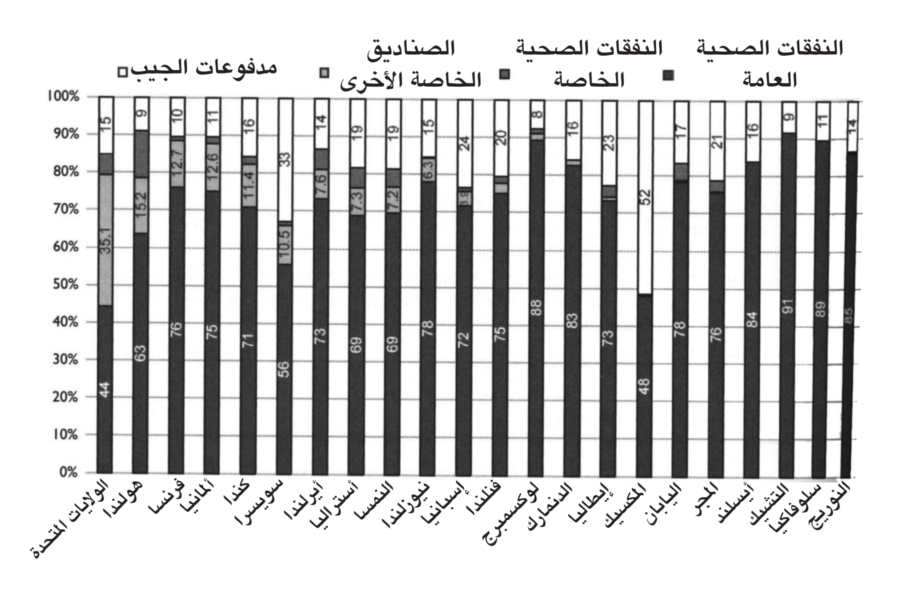
## نشاط 11-1:

التأمين الصحي الخاص هو أحد الآليات الأربعة الرئيسية المُتَّبعة في تمويل الرعاية الصحية، ويمكنها أخذ عدة أشكال، ولكنها عملياً تلعب دوراً محدوداً في معظم الدول. انظر (الشكل 11-2): ما هي أهمية التأمين الصحي الخاص في تمويل الرعاية الصحية في دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية؟

## التغذية الراجعة:

يوضح (الشكل 11-2) قائمة من دول التعاون الاقتصادي، والتنمية، ومجموع الإنفاقات موزعة حسب مصادر التمويل، ويمثل التأمين الصحي الخاص أحدها

(Colombo and Tapay 2004) ويمثل التأمين الصحي الخاص مشاركة صغيرة من مجموع إنفاق الصحة في دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية، وعلى الرغم من ذلك فإن التأمين الصحي الخاص يغطي على الأقل 30 % من السكان في ثلث دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية. تعد الولايات المتحدة الامريكية هي الوحيدة من بين دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية حيث التأمين الصحي الخاص هو آلية التمويل العظمى للرعاية الصحية (أكثر >35 %).




**(الشكل 11-2): إنفاق الصحة على حسب مصادر التمويل، 2000.**

***Source:* Colombo and Tapay (2004).**

إن مقدار إنفاق الرعاية الصحية على التامين الصحي الخاص يختلف عبر العالم. كما ساهم سوق التأمين الصحي الخاص في 39 دولة حول العالم عام 2001 في أكثر من 5 % من مجموع إنفاق الصحة (Sekhri and Savedoff 2005). وقد مثل حوالي النصف (46 %) من الدول ذات الدخل المنخفض، والمتوسط. قامت 7 دول بتمويل 20 % من مجموع إنفاقات الصحة من خلال التأمين الخاص وهي: زمبابوي ـ ناميبيا ـ جنوب إفريقيا ـ البرازيل ـ تشيلي ـ أوروجواي ـ والولايات المتحدة الأمريكية، وعلى الرغم من أن تأمين الصحة الخاص يأخذ نسبة كبيرة من الإنفاق في الدول ذات الدخل المرتفع وفوق المتوسط (20 و 12 % من مجموعة إنفاقات الصحة ) مقارنة بالدول ذات الدخل المنخفض، وتحت المتوسط (2 و 3 % من مجموع إنفاق الصحة)

والتي ما تزال منتشرة وشكل مهم من أشكال الحماية لمستواهم المتوسط (Sekhri and Savedoff 2005; World Health Organization 2010).

## آليات التأمين الصحي الخاص:

في ظل التأمين الصحي الخاص - يتم الدفع المسبق، والاختياري للأقساط لشركة التأمين، وذلك ليتم تغطية تكاليف الرعاية الصحية في وقت المرض - يمكن أن يتم تقديم حزم التأمين في شكل مخطط فردي، أو مجموعة مخططات كتأمين تعويضي، أو في شكل خطط الرعاية المدارة، والتي سيقوم هذا الفصل بتغطيتها.

يوجد العديد من أنواع تغطية التأمين الصحي الخاص، والتي ستتوقف على أنظمة الرعاية الصحية :

- *المسؤول الرئيسي* - في حالة عدم توفر تغطية التأمين الصحي العام - يعمل التأمين الصحي الخاص كمسؤول رئيسي، أو كتغطية رئيسية. كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية حيث الأفراد غير المسموح لهم ببرامج التأمين العامة مثل برنامج مساعدة كبار السن (فوق 65 سنة أو شديدي العجز) أو برنامج المساعدة الطبية للفقراء (الفقراء، أو شبه الفقراء)، أو دولة برنامج التأمين الصحي للأطفال (للأطفال الفقراء)، وهذا النوع شائع الاستخدام في الدول ذات الدخل المنخفض، والمتوسط.
- *البديل* - في حالة انسحاب الفرد من التغطية العامة الإلزامية فإن التأمين الصحي الخاص قد يحل محله، أو يعمل بشكل بديل. في ألمانيا يستطيع الموظفون الذين يتعدى دخلهم حداً معيناً الانسحاب من الأنظمة الاجتماعية لتمويل الأمراض.
- *التكميلي* - إذا كان تأمين الصحة الخاص يقوم بتغطية المدفوعات المشتركة التي يتكبدها النظام العام ولا يغطيها التأمين العام يسمى في هذه الحالة تأمين خاص تكميلي. يتوافر هذا النوع من التأمين إلى جانب التأمين الصحي الإضافي في مخططات كلٍ من فرنسا - الدنمارك - السويد.
- *الإضافي* - إذا قام تأمين الصحة بتغطية تكاليف غير التكاليف المشتركة (كتكاليف الأدوية)، والتي لا يتم تغطيتها بالتأمين العام يسمى في هذه الحال التأمين الصحي الإضافي، وهو النوع المعتمد في كندا.
- *المزدوج* - إذا قام تأمين الصحي الخاص بتغطية مزودي الصحة الذين يمتلكون التأمين العام يسمى في هذه الحالة تأمين صحي مزدوج - يقدم التامين الصحي الخاص في المملكة المتحدة تغطية مزدوجة، وإضافية.

## نشاط 11-2:

كما تعلمت من الفصل الثامن فان التأمين الصحي هو حل السوق لفشل السوق المؤقت في إنفاق الرعاية الصحية. ما هي العوامل التي قد تؤثر على متطلبات التأمين الصحي الاختياري؟ ما هو مقدار السكان في دولتك الذي يغطيهم التأمين الخاص ومن أكثر الناس ميلاً للاشتراك فيه؟

## التغذية الراجعة:

يتم قيادة متطلبات الناس للتأمين الصحي الاختياري بـ:

- مستوى الخطر.
- احتمالية فقدان الدخل.
- اختيارات التأمين الأخرى (أو تواجد البدائل) ـ إذا لم يمتلك الناس حق التمويل العام، أو المخططات الأرخص ـ في هذه الحالة يكون التأمين الصحي الخاص هو الخيار الوحيد.
- المستوى الذي يتم قياس القسط عليه (السعر).
- القابلية للدفع ـ حيث إن الاشتراك في التأمين الصحي الخاص اختياري ـ يتوجب أن يمتلك الأفراد وسائل لدفع القسط لإدراجها في المخطط ـ حيث يتم تسعير القسط وفقاً للمخاطرة، وليس القدرة على الدفع.
- خطر احتياج العلاج ـ الأشخاص الذين لديهم خطر يتعدى المتوسط لاحتياجهم للعلاج داخل المستشفى هم أكثر الراغبين في طلب هذا المخطط (الانتقاء المعاكس).

التأمين الصحي الخاص في معظم الدول هو المصدر الثانوي للحماية المالية ـ فهي تغطي على سبيل المثال 13 % من سكان المملكة المتحدة عام 2002 (Laing and Buisson 2003)، وأقل من 2 % في معظم الدول منخفضة الدخل. في تلك الدول ينجذب فقط الأعضاء ميسوري الحال من السكان حيث يكون الاشتراك مبني على القدرة على الدفع، وهي تساهم في القليل من مجموع إنفاق الصحة على الرغم من نمو القطاع الخاص، وزيادة المنافسة فيما بين وكالات التأمين (Hsiao 1995).

## التأمين الصحي الخاص ـ الكفاءة، والعدالة:

سوق التأمين الصحي معرض إلى ثلاثة مظاهر رئيسية من أشكال فشل السوق: *الانتقاء المعاكس، المخاطر الأخلاقية، لغير اقتصاديات الميزان.* لو لم تنص

الحكومة على القواعد التي سبق، وتم نصّها في سوق التأمين الصحي الخاص لطالت مظاهر الكفاءة، والعدالة النظام الصحي.

## الانتقاء المعاكس:

في الواقع الانتقاء المعاكس ينتج من امتلاك المستهلك لمعلومات كاملة عن حالته الصحية مقارنة بالمؤمن، والتي قد ينتج عنها اختيارهم للخطط التي تعطيهم أكثر منفعة ممكنة. عوضاً عن استخدام تاريخ الفردي الصحي لتحديد القسط (تقييم التجربة) تقوم بعض الحكومات بإلزام شركات التأمين باكتتاب أقساط مبنية على خصائص محددة من المجتمع بأكمله كالسن ـ الجنس (التقييم المجتمعي). التقييم المجتمعي في إيرلندا وأستراليا هو المعتمد، وذلك على أسس وطنية، وعلى الرغم من هذا فإن التقييم المجتمعي لا يستطيع البقاء في سوق تتنافس فيه الأسعار بلا منع تقييم التجربة، أو في بعض الأحيان استدعاء الإجبار (التأمين على السيارات من الطرف الثالث). حينما يطلب من مستهلكين ذي خسائر مختلفة التوقع ذات القسط ـ يكون هؤلاء ذوي الخسائر الأقل نسبياً (هؤلاء من يعلمون أنهم أقل عرضة للإصابة بالمرض، أو هؤلاء من تكون تكاليف مرضهم قليلة) يتخلون عن مجموعة التأمين تاركين الأفراد الذين يتوقع أن تكون لهم خسائر أكثر نسبياً، وهذا بدوره قد يدفع القسط للزيادة والتخلي عن عدد أكبر من الأفراد الأصحاء لصالح من تعد تكاليف قسطهم موازنة لكونهم مؤمن عليهم. فإن استمرار ذلك بلا انقطا ع قد يعمل على انهيار السوق.

## نشاط 11-3:

تحسب أقساط تأمين الصحة من خلال تقدير خطر المرض، وتكاليف المرض المعرض له، أو الجروح التي قد يتعرض لها الفرد، أو المجتمع. تخيل بأنك جزء من المجتمع مع خطر سنوي يقدر بـ 1 في 100 إلى احتياج العلاج بداخل مستشفى ومتوسط التكاليف للحالة هو 2000 جنيه استرليني إضافة إلى 10جنيه استرليني رسوم الإدارة.

1. القسط السنوي العادل للتأمين على الحياة من وجهة نظرك؟
2. ما هي الشروط الواجب توافرها في التأمين ليتم تقديمها في هذا القسط؟
3. من هم مجموعة السكان الذين لا تشملهم التغطية التابعة للتقييم الاجتماعي للتامين الصحي الخاص في الأسواق التنافسية؟
4. ما التوابع التي تنتج عن نقص التغطية ؟

## التغذية الراجعة:

1. القسط P سوف يكون $P = p \times a + c$ حيث p هو احتمالية وجود حدث في التأمين –c هي التكاليف اللازمة لتغطية الخسائر ـ a هي تكاليف الإدارة. ينتج عن إدراج القيم السابقة ($30£ = 10£ + (2000£ \times 0.01$، وبالتالي يكون القسط 30£ كل عام.

2. هذه المعادلة قابلة للتطبيق وفقاً لظروف محددة:

- أهمية وجود عدد كبير من المشتركين لجمع المخاطر. كلما زاد مجموع الأحداث كلما قلَّت التكاليف المتوقَّعة لها.
- مخاطر المؤمَّن عليه يجب أن تكون مستقلة، وهذا يعني أن مخاطر الإصابة بالمرض لا يسببها حدث واحد وهو ما ينطبق على جميع الأفراد بالتساوي، وهذا ما يفسر صعوبة التأمين على المخاطر الناتجة عن الحروب، أو الأمراض المعدية في المناطق التي يكثر فيها السكان المهددين بالخطر.
- يجب أن تكون احتمالية إصابة المؤمَّن عليه بِأي حدث أقل من الواحد، وبالتالي يصعب التامين على الحالات المتواجدة سابقاً، والتي ينتج عنها المرض بلا شك.
- يجب أن لا يمتلك الأفراد القدرة على التأثير على وقوع مخاطرهم (المخاطر الأخلاقية)، وهنا يكمن أهمية تجنب الانتقاء المعاكس.

3. إذا اتبعت الأسواق المنافسة التقييم الاجتماعي للأقساط سيقوم أصحاب المخاطر الأقل بالانسحاب منه، والاشتراك في تقييم التجربة للأقساط.

4. سوف يؤدي ذلك إلى زيادة متوسط الخطر، أو بمعنى آخر سوف يحصل أصحاب الخطر الأكبر على التأمين أكثر من هؤلاء أصحاب الخطر الأقل، ونتيجة ما سبق ذكره سوف تزداد أقساط العملاء المتبقين مما يعمل على زيادة مغادرة أصحاب الخطر الأقل من مجموعة المخاطر. آلية التعزيز الذاتي هذه قد تتسبب في عدم قدرة أصحاب الأمراض المزمنة، وكبار السن والفقراء على الاشتراك في التأمين.

تحاول شركات التأمين الحد من الانتقاء المعاكس الموصوف سابقاً بـ «استخلاص الزبدة، أو «انتقاء الكرز» حيث المحاولات جاهدة لإدراج الأصحاء بمشاريع التأمين. يقوموا عادة باتباع أساليب ذكية لاختيار الزبائن ذوي الخطر الأقل. على سبيل المثال: يدرك المؤمَّن أن خطط الرعاية الصحية للولادة ممتازة في حين أن العكس صحيح فيما يخص العناية بالأورام، وبالتالي فهذا يجذب السكان الأصحاء أكثر من هؤلاء من سوف يتم إمدادهم برعاية غير جيدة.

## المخاطر الأخلاقية لاقتصاديات الميزان:

حيث ينتج عن الانتقاء المعاكس تغطية غير منصفة، أو عدم توافرها في حالة انهيار السوق كنتيجة لذلك، عملت المخاطر الأخلاقية ولاقتصاديات الميزان عمل على زيادة تكاليف الرعاية الصحية. كما قرأت في الفصل العاشر عن تأثير المخاطر الأخلاقية لمزودي الرعاية الصحية على التكاليف . قد يدفع التأمين أيضاً إلى المخاطر الأخلاقية للمستهلك. على سبيل المثال: قد يزور الفرد الطبيب فقط للتواصل الاجتماعي حيث إن التأمين هو من يقوم بالدفع.

تتواجد اقتصاديات الميزان في سوق التأمين الصحي الخاص لأن هناك العديد من شركات التامين الصحي في السوق، ولكل مجموعة المخاطر الخاصة بها. أدى كلٍ من عدم إمكانية توزيع المخاطر، ومشاركة التكاليف الإدارية المحددة على عدد كبير من الزبائن إلى عدم وجود الكفاءة المطلوبة. يشمل ذلك التأمين ارتفاع تكاليف المعاملات المتعلقة بالتسويق، وعمليات المطالبة، والتعامل مع التعويضات، وكشف حالات الاحتيال. تشكل التكاليف الإدارية في الأسواق غير المنظمة ما بين 10–14 % من مجموع التكاليف (Colombo and Tapay 2004).

## نشاط 11-4:

هذا النشاط يمكنك من تطبيق معلوماتك عن التأمين الخاص لتحليل نماذج الصرف العام والخاص في الولايات المتحدة الأمريكية. استخدم الآلة الحاسبة، وعد إلى حسابات الصحة الوطنية في الولايات المتحدة الأمريكية، (الجدول 11-1)، وقارن النفقات العامة والخاصة.

1. أي من تصنيفات الإنفاق العام يتعدَّى مجموع إنفاق المستهلك؟ اقترح أسباب تفسر ذلك.
2. قارن إنفاق التأمين الخاص مع مدفوعات الجيب. أياً من تلك التصنيفات يزيد فيها مدفوعات الجيب عن تلك الممولة من خلال التأمين. ناقش التفسيرات المحتملة.
3. احسب تكاليف برنامج الإدارة كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق لكل من التأمين الخاص، والعام، وقارن الأرقام.

**(الجدول 11-1): إنفاق الصحة القومي في الولايات المتحدة الأمريكية عن طريق مصادر التمويل، ونوع الإنفاق (بليون دولار أمريكي 2008).**

| | المستهلك الخاص | | | | المستهلك العام | | | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | التأمين الخاص | مدفوعات الجيب | أخرى | المجموع الفرعي | فدرالي | الحكومية والمحلية | المجموع الفرعي | |
| رعاية المستشفى | 259 | 23.2 | 27.1 | 309.3 | 330.7 | 78.3 | 409 | 718.3 |
| الخدمات المتخصصة | 314.3 | 111.1 | 42.2 | 467.6 | 202.3 | 61.1 | 263.4 | 731 |
| التمريض المنزلي والصحة المنزلية | 16.1 | 43.5 | 6.2 | 65.8 | 101.9 | 35.4 | 137.3 | 203.1 |
| مبيعات سوق البيع بالتجزئة للمنتجات الطبية | 101.7 | 100 | 0 | 201.7 | 83 | 14.9 | 97.9 | 299.6 |
| الإدارة الحكومية وصافي تكلفة التأمين الصحي الخاص | 92 | 0 | 1.7 | 93.7 | 45.5 | 20.4 | 65.9 | 159.6 |
| الصحة العامة الحكومية | 0 | 0 | 0 | 0 | 10.5 | 59 | 69.5 | 69.5 |
| بحث | 0 | 0 | 4.7 | 4.7 | 33.5 | 5.4 | 38.9 | 43.6 |
| الهياكل والمعدات | 0 | 0 | 89.2 | 89.2 | 9.5 | 15.2 | 24.7 | 113.9 |
| **المجموع** | **783.1** | **277.8** | **171.1** | **1232** | **816.9** | **289.7** | **1106.6** | **2338.6** |

***Source:*** **Center for medicare& Medicaid Services (2010)**

## التغذية الراجعة:

1. الإنفاق العام يتخطى الإنفاق من خلال التأمين الصحي الخاص لرعاية المستشفى والتمريض المنزلي، ورعاية الصحة المنزلية، وكبار السن الذين يستخدمون هذه الخدمات عادة ما يكونوا مؤمنين بـ «المساعدة الطبية لكبار السن». لاحظ أن الحكومة تقوم حصرياً بتمويل نشاطات الصحة العامة، وتتحمل معظم نفقات البحوث.

2. مدفوعات الجيب تفوق مدفوعات التأمين لرعاية التمريض المنزلي كما أنها مقاربة لمبيعات سوق البيع بالتجزئة للمنتجات الطبية، وعادة ما تفشل خطط التأمين الخاص للتأمين ضد مخاطر الرعاية طويلة الأمد. الكثير من الخطط تستبعد تغطية المخاطر الشائعة، والتي عادة ما تعد متوقعة بما فيها المنتجات المتاحة في منافذ البيع بالتجزئة مثل النظارات.

3. تشكِّل التكاليف الإدارية 12 % من التأمين الخاص (92 / 783.1) و6 % من إنفاق الحكومة (65.9 /1106.6) هذه الأرقام تمثل ارتفاع تكاليف التأمين الصحي.

ارتفاع التكاليف تشكِّل عبئاً كبيراً على أنظمة التأمين الصحي الخاص. قلة وجود الحوافز للتحكم في التكاليف، والمستويات العالية للتكاليف الإدارية تبرز عدم كفاءة النظام. المخاطر الأخلاقية والمتطلبات التي يحث عليها المزود تعمل على زيادة التكاليف غير الضرورية. تعد الولايات المتحدة الأمريكية واحدة من الدول القليلة التي تعتمد التأمين الصحي الخاص كوسيلة تمويل أساسية للرعاية الصحية كما أنها يقظة لأي تحدٍ ملحوظ للسيطرة على تكاليف الرعاية الصحية. تمتلك الولايات المتحدة الأمريكية أعلى مستويات الإنفاق الصحي بين دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، وعلى الرغم من قلة الزيارات التي يقومٍ بها الأمريكيون للأطباء وكذلك قلة مكوثهم في المستشفى، إلا أن مجموع النفقات يشِّكل ضعْف ما يمثله الفرد في معظم الدول الصناعية. لقد فشلت الولايات المتحدة الأمريكية على الرغم من هذا الاستثمار الهائل في إنجاز تحسينات في العمر الافتراضي مقارنة بنظيراتها. تلك الفجوة ما بين الاستثمار، وما تم جلبه في المقابل يقترح بأن الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية أقل فاعلية في الانتشار، أو أنه يأتي بأسعار عالية.

اقرأ الآن هذا المقتطف من (أندرسون وسكوايرز 2010) (Anderson and Squires) ومن ثم جرب (النشاط 11-5).

## نشاط 11-5:

تعد الولايات المتحدة الأمريكية من الدول القليلة التي تعتمد التأمين الخاص كوسيلة تمويل أساسية للرعاية الصحية. بعد أن قمت بقراءة المقتطف من أندرسون وسكواير (Anderson and Squires 2010) قم بمقارنة تكاليف الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية بتكاليف دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية ـ مبيناً الفروقات. قم بوصف المشكلة والأسباب المحتملة لارتفاع تكاليف الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية.

### قياس أنظمة الرعاية الصحية للولايات المتحدة الأمريكية: مقارنة القومية المتبادلة

من خلال تحليل معلومات الصحة لدول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية لعام 2008 تابعت الولايات المتحدة الأمريكية في اختلافها المنتشر عن غيرها من الدول من خلال عدد من مقاييس أنظمة الصحة. نفقات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة في عام 2006 كانت أعلى بشكل ملحوظ مقارنة بالدول الصناعية الأخرى بالنسبة للفرد وكنسبة مئوية للناتج المحلي الإجمالي. تمتلك الولايات المتحدة عدداً منخفضاً نسبياً من الأسرة في المستشفيات وكذلك الأطباء بالنسبة لكل فرد كما وأن المرضى في الولايات المتحدة يقومون بزيارات قليلة للمستشفى أو للطبيب مقارنة بغيرها من الدول. وفي الوقت نفسه فإن النفقات لكل زيارة للمستشفى أكثر ارتفاعاً في الولايات المتحدة كما وأن الأمريكيون أكثر عرضة لتلقي عمليات ذات تقنية معقدة. تصنف الأمة الآن في الربع السفلي من حيث العمر الافتراضي من بين دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية كما لوحظ فيها أقل التحسينات خلال الـ 20 سنة الفائتة.

تفحصّت التحاليل القومية المتبادلة السابقة لمعلومات دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية عدداً من التفسيرات لكون الولايات المتحدة من أكثر الدول من حيث النفقات لكل فرد. تشمل تلك التعقيدات الإدارية ـ عمر السكان ـ ممارسة الطب المحافظ تحت تهديد دعوى أخطاء المهنة ـ عائق المرض المزمن ـ معدلات الاستخدام ـ إمداد الرعاية الصحية ـ الحصول على الرعاية ـ تحديد الموارد.

ذلك ما أظهرته الدراسات بشكل قطعي ـ وعلى الرغم من ارتفاع النفقات إلَّا أن الولايات المتحدة الأمريكية امتلكت أقل معدلات استخدام الرعاية الصحية من بين دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية من خلال الكثير من المقاييس. كما كشفت بيانات منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية للعام 2006 النتائج ذاتها ـ على سبيل المثال: في التكاليف المرتفعة ـ قلة التردد على المستشفيات، وكذلك الخروج في الولايات المتحدة. بعض من تلك الاختلافات في متوسط التكاليف لكل خروج قد يعود إلى الاختلافات في حالات المرضى المختلطة، تركيبة البضائع والخدمات التي تدخل في العلاج الذي يتم إعطاؤه لعلاج الحالة الطبية المعطاة، الأسعار التي تدفعها المستشفى لتلك البضائع، والخدمات والكفاءة النسبية للمستشفيات.

علاوة على ذلك فإن التعقيدات الإدارية في الولايات المتحدة في أنظمة الرعاية الصحية تتطلب من المستشفيات الأمريكية أن يتم توظيف عدد أكبر من فريق العمل ليتمكنوا من متطلبات الفواتير. بينما تحتاج تلك المواضيع لمزيد من التحقق إلا أن أحد الاختلافات المهمة هو توافر استخدام التقنيات الحديثة في المستشفيات وغيرها. لمزودي الصحة في الولايات المتحدة القدرة على التحكم أكثر في التقنيات الطبية المتطورة باهظة الثمن في علاج المرضى، وأكثر إجراء العمليات الطبية التي تتضمن تقنيات معقدة مقارنة بمزودي الصحة في باقي دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية.

وبشكل مماثل: إن نفقات العيادات الخارجية في الولايات المتحدة كثيرة بشكل كبير مقارنة بدول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الأخرى. أحد تلك الأسباب التي قد تفسر هذا الاختلاف الكبير أنه في الولايات المتحدة تجرى الكثير من العمليات باهظة الثمن داخل العيادات الخارجية على خلاف معظم دول التعاون الاقتصادي، والتنمية حيث يكون اعتمادها على العيادات الداخلية. على سبيل المثال: تبين من تحليل بيانات «المساعدات الطبية لكبار السن» أن حوالي نصف المستفيدين من التأمين يتلقون عمليات القسطرة القلبية ـ عملية رأب الشريان التاجي عبر اللمعة بطريق الجلد ـ عملية المجازة التاجية، وعمليات استبدال الركبة في العيادات الخارجية. هذا الاعتماد الكبيرِ على العيادات الخارجية للعمليات الطبية لها 2 من التبعات السلبية. أولاً صعوبة ضمان الجودة في استخدام تلك التقنيات في أماكن أقلٍ من حيث الإعدادات الإسعافية. ثانياً هناك دليل بأنه حينما يستفيد الطبيب مالياً بشكل مباشر، أو غير مباشر من خلال تسهيلات العيادات الخارجية فإنه بذلك يعمل على زيادة حجم تلك العمليات بشكل ملحوظ.

(Anderson and Squires 2010)

## التغذية الراجعة:

تواجه الولايات المتحدة الأمريكية تحديات هائلة في ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، وعلى الرغم من أن إنفاق الأمريكيون يوازي ضعف إنفاق دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الأخرى على الرعاية الصحية إلا أنه لا يقابلها منافع ملحوظة في ارتفاع الاستخدام، أو تحسينات في العمر الافتراضي. مع تأمين أكثر من ثلث السكان بالتأمين الصحي الخاص فإن ارتفاع مستوى التكاليف الإدارية ـ

استعمال التقنيات باهظة الثمن، والاعتماد الثقيل على العلاج في العيادات الخارجية قد يلعب دوراً في ارتفاع التكاليف. إن المخاطر الأخلاقية لكل من المستهلك، ومزود الصحة قد تضيف لتلك التكاليف.

## مكافحة فشل السوق ـ المؤمَّن:

مع ارتفاع التكاليف، وكون التغطية الصحية غير كافية التي نتجت عن مواجهة المستهلك ومزود الصحة لحوافز تدفع لممارسة الانتقاء المعاكس، والمخاطر الأخلاقية ـ عملت الحكومة، والمؤمَّن على مواجهة تلك التحديات لمقاومتها .استخدمت شركات التأمين طرق مختلفة من مشاركة التكاليف للسيطرة على المستهلك، والمخاطر الأخلاقية. تلك الطرق تعمل كحواجز مالية تحول دون الاستخدام الزائد للخدمات. وقد تأخذ الأشكال التالية:

- *المدفوعات المشتركة:* هي رسوم صافية يدفعها الشخص الحاصل على التأمين في كل وقت يلجأ فيه للخدمات الصحية
- *المخصوم:* يعرف كذلك بالزائد، بأخذ أثرها وهو كمية المدفوعات التي يدفعها الشخص قبل تبدأ التغطية بالتأمين.
- *التأمين المشترك:* هي نسبة مئوية محددة يدفعها الحاصل على التأمين حينما تزداد الكمية المستقطعة عن أقصى حد المدفوعات الجيب.

إن المرضى الحاصلين على تأمين صحي خاص يقومون بدفع مدفوعات مشتركة لكل استشارة طبية كما أنهم مسؤولون كذلك عن دفع الكمية المخصومة قبل بدء التغطية بالتأمين. فور دفعهم لكميةٍ المخصومة يبدأ التأمين المشترك في تطبيق النواحي التي يكون فيها المريض مسؤولاً عن دفع نسبة مئوية محددة (غالباً ما تكون بين 30– 10 %) من تكاليف الرعاية الصحية. ينتهي التأمين المشترك حينما يواجه المريض الحد الأقصى لمدفوعات الجيب، والتي من بعدها يتلقى تغطية تأمين كاملة لحين يتم الوصول في إلى حد التغطية. إن ترتيبات التكاليف المتشاركة كتلك تمنع الأشخاص الذين يسعون للرعاية الصحية التي ربما قد لا تكون لازمة كما تقوم بإثباط من يسعون للرعاية الصحية الضرورية.

يمكن السيطرة على الانتقاء المعاكس من خلال *اكتتاب* أفضل لسند التأمين. تحاول شركات التأمين الحصول على اكتتاب أفضل للمخاطر من خلال تحديدٍ أهلية المستهلك لتلقي التأمين الصحي، وتقرير القسط الذي سوف يتم دفعه تبعاً لشكل

المخاطر، وعلى الرغم من أن هذا قد يقضي على الانهيار المتوقع للسوق والمقترن بالانتقاء المعاكس. قد يكون لهذا النهج نتائج غير محببة. الاكتتاب (مع ما يطلق عليه انتقاء الكرز واستخلاص الزبدة) قد يؤدي لوضع يصعب فيه حصول المريض على تأمين يقدر عليه مادياً. تطور خطط الرعاية المدارة قد مكَّن المؤَّمن من استخدام بعض من تلك الطرق للحد من المتطلبات التي يحث عليها مزود الصحة، والسيطرة على تكاليف الرعاية الصحية.

## الرعاية المُدارة:

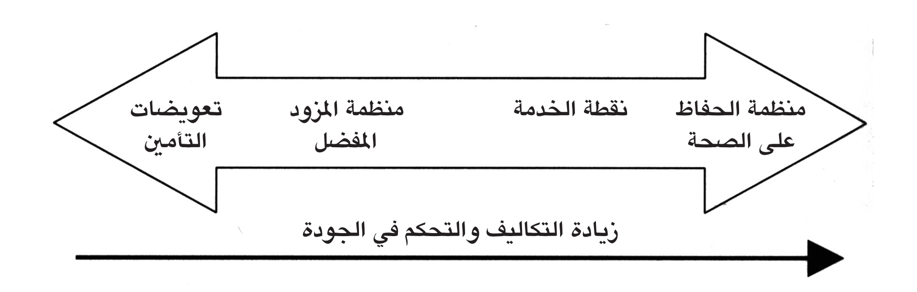
تعود نشأة منظمة الرعاية المدارة إلى الولايات المتحدة الأمريكية كردة فعل لتصاعد أسعار الرعاية الصحية. الرعاية المدارة هي نظام يقوم فيه المدير بالتدخل للمراقبة والإشراف على المعاملات فيما بين الأطباء، والمرضى. قد يكون المدير هو المسؤول عن إخراج الخطط الطبية، أو أن تقوم ممرضة مدربة على مراجعة الاستخدام، أو برنامج يتعرف على الرعاية الصحية المحتمل التي تختلف عن الممارسة الإكلينيكية المقبولة. (Getzen 2007). تتضمن الوظائف الأساسية للرعاية المدارة مشاركة وإدارة المخاطر المالية ـ تطوير، وتنظيم شبكات مزوِّد الصحة ـ تنظيم استخدام خدمات الرعاية المتلقاة وتدفق المعلومات، وقياس الجودة، والنتائج.

نماذج الرعاية المدارة قد تقع ضمن ثلاثة تصنيفات: *منظمة الحفاظ على الصحة ـ نقطة الخدمة ـ منظمة المزود المفضل.*

1. منظمة الحفاظ على الصحة هي أكثر أشكال منظمات الرعاية الصحية تقييداً. هي منظمة مسؤولة عن كلٍ من تمويل، وتوصيل الخدمات الصحية حيث تعمل كأنها المؤمن الصحي، وكمنظَّمة إدارة توصيل الرعاية الصحية. في نموذج العاملين (لوحة مغلقة) منظمة الحفاظ على الصحة تقوم بتعيين الأطباء مباشرة من خلال هذه المنظمة في حين أنه في حالة نموذجاً لمجموعة، تتعاقد المنظمة مع مجموعة أطباء تتدرب لتزويد الخدمات لأعضائها. يغطي التأمين الرعاية المعطاة فقط من قبل الأطباء المشتركين في هذه المنظمة، والتحويلات ضرورية لأغلب مختصي الرعاية.
2. نقطة الخدمة تشبه منظمة الحفاظ على الصحة فيما عدا كون المشتركين يستطيعون رؤية مزودي صحة من خارج منظمة الحفاظ على الصحة إذا قاموا بدفع كمية كبيرة من مصاريف الجيب. تكمن الميزة هنا للمشاركين في عدم تقيدهم بمنظمة الحفاظ على الصحة، ولكن يظل استخدام الخطة منخفض بسبب تقاسم التكاليف العالية.

3. منظمة المزود المفضل هي منظمة رعاية مدارة، ولكن بتنظيم موسَّع كما يقوم المؤمن بالمفاوضة على العقود مع مجموعة من الأطباء، والمستشفيات التي تعد كشبكة للحصول على الرعاية مخفضة التكاليف. يستطيع المريض أن يحدد رغبته في الانضمام لمثل تلك الشبكة حيث يحصل على تخفيض على الرعاية مقابل مدفوعات مشاركة قليلة، أو أن يحصل على الرعاية خارج الشبكة حيث يقوم بدفع مبلغ أكبر.

(الشكل 11-3): يمثل درجة الزيادة في كلٍ من التكاليف والتحكم في الجودة ابتداء من التعويض التقليدي للتأمين اتجاهاً إلى منظمات الحفاظ على الصحة (Kongstvedt 2007).




**(الشكل 11-3): تسلسل الرعاية المدارة.**

## نشاط 11-6:

ما هي المميزات، والعيوب المتوقَّعة لكلٍ من منظمة الحفاظ على الصحة، ومنظمة المزود المفضل مقارنة بنموذج التعويض التقليدي للتأمين الصحي.

## التغذية الراجعة:

المميزات الأساسية لمنظمة الحفاظ على الصحة، ومنظمة المزود المفضل أنه كلما كانت حدود التغطية للرعاية الصحية التي يستطيع المريض استخدامها تكون أقل متطلبات نفقات الجيب أقل. والمدفوعات المتوقعة تكون راجعية في أكثر الأحيان. هناك زيادة في السيطرة على جودة الخدمات ـ متابعة أفضل للمرضى ذوي الحالات المزمنة، أو السلوكية، وأقل تحفيزاً للمزود لزيادة الفحوصات، أو العلاج الزائد عن المطلوب.

أما العيوب التي تنتج عن هذه الأنظمة أنها تحفز الانتقاء المعاكس ـ خلق قيود على اختيار المزود، وقد يولد في المريض الخوف أن لا يتم فحصه، أو علاجه بشكلٍ كافٍ كنتيجة لمحاولة سيطرة المؤمن على التكاليف.

## تنظيم سوق التأمين الصحي الخاص:

قامت الحكومة بحماية المستهلك ومنع وجود فجوات في التغطية بوضع قيود على الأقساط، والأرباح التي تحصل عليها شركات التأمين ووضعت توجيهات على جملة الفوائد، وفي معظم الدول الصناعية تقوم بتوسيع تغطية التأمين العام، أو تقديم خدمات ممولة ضريبياً لكبار السن، والفقراء. تقدم الحكومة في كثير من البلدان إعفاءات ضريبية للشركات التي تقوم بعمل تأمين خاص لموظفيها، أو تتطلب عدد معين من الموظفين لتقدم خيارات التأمين الصحي.

تستحق التدابير التالية الاهتمام:

- منع *استبعاد المرضى ذوي الحالات المرضية سابقة الوجود* ـ لإتاحة التأمين الصحي الخاص للمرضى. قد تقوم الحكومة بمنع شركات التأمين من استبعاد هؤلاء الأشخاص ذوي الحالات المرضية المسبقة من التأمين. هذه كانت من أهم إصلاحات الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 2006.
- تحديد *مستوى أدنى من الفوائد* ـ للتأكد من عدم استبعاد شركات التأمين لفوائد محددة وذلك توفيراً للتكاليف. قامت الكثير من الحكومات بتحديد معيار أدنى لجملة الفوائد التي يتوجب على جميع التأمينات الصحية الخاصة منحها. تواجه الدول ذات الدخل تحت المتوسط التي تستخدم التأمين الصحي الخاص تحديات في تنظيم جملة الفوائد.
- *معادلة المخاطر* ـ يتم المطالبة القانونية في بعض الدول التي تستخدم التأمين الصحي الخاص بأن تتبع التقييم المجتمعي. تلزم حكومة تلك البلدان المؤمن إعطاء أو استقبال نوع من الدفع لمعادلة المخاطر وبالتالي تجنب الانتقاء المعاكس أو ما يسمى بـ «استخلاص الزبدة» (على سبيل المثال: جنوب أفريقيا، أستراليا، أيرلندا ـ Armstrong et *al*. 2010).

تحاول الدول ذات الدخل تحت المتوسط من خلال اتباع النهج الجديد نحو التحرُّر الاقتصادي (سيطرة، وتنظيم أقل من قبل الدولة) بأن تحرر سوق التأمين الصحي. في سيريلانكا على سبيل المثال: عمل هذا على زيادة عدد شركات التأمين

بدون زيادة كبيرة في تغطية السكان. كما رأيت الآن فإن تدخل الحكومة بشكل معين له أهميته في بناء نظام صحي كفء، وعادل على حد سواء نظراً لإخفاق السوق الموجودة في التأمين الصحي الخاص.

## الملخص:

يوفر تأمين الصحة الخاص تغطية اختيارية لخدمات صحية حيث يتم دفع أقساط للمنظمة المؤمنة لنقل فرصة حدوث خسارة مالية كنتيجة للمرض، وقد تعملت في هذا الفصل بأن التأمين الصحي الخاص يواجه ثلاثة أشكال رئيسية من فشل السوق: الانتقاء المعاكس ـ المخاطر الأخلاقية ولا اقتصاديات الميزان. الانتقاء المعاكس للأشخاص ذوي الخطر الأعلى، والفقراء أدى إلى تغطية غير منصفة حيث يعاني التأمين الخاص في سبيل توفير التغطية لذوي الخطر الأعلى، والفقراء. المخاطر الأخلاقية ولا اقتصاديات الميزان تساهم في عدم فاعلية النظام، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية. كما قرأت عن العديد من أساليب مشاركة التكاليف التي تستخدم للحد من المتطلبات الزائدة وتحسين الكفاءة، والرعاية المدارة تم ابتكاره من خلال صناعة التأمين، وذلك للسيطرة على تصاعد تكاليف الرعاية الصحية، وأخيراً لقد تعرفت على ضرورة تدخل الحكومة في التأمين الصحي الخاص لمنع الفجوات للوصول للرعاية، وتحسين كلٍ من الكفاءة والإنصاف في الأنظمة الصحية. مع هذا الفهم لكيفية عمل سوق التامين الصحي سوف تستكمل في الفصل اللاحق المزيد من أساليب تمويل الرعاية الصحية المختلفة للوصول لتغطية شاملة.



# الفصل الثاني عشر

## تحقيق التغطية الشاملة

## Achieving universal coverage

### نظرة عامة

يقدم هذا الفصل مفهوم التغطية الشاملة، ويستعرض التركيبات المتعددة للتمويل الصحي التي يمكن استخدامها لتحقيق التغطية الشاملة موضحاً نقاط الضعف والقوة.

### الأهداف التعليمية:

بعد دراسة هذا الفصل سوف تكون قادراً على:

- تعريف مبادئ التغطية الشاملة.
- معرفة طرق التمويل الرئيسية التي يمكن من خلالها تحقيق التغطية الشاملة.
- وصف مميزات، وعيوب النظام الضريبي القائم.
- تعريف مبادئ التأمين الاجتماعي، وإظهار الفرق بينها، وبين نظام التمويل الضريبي.
- تقييم الرغبة في تحقيق نظام تغطية شامل استناداً إلى التامين الصحي الخاص.
- وصف أهمية مخططات الدفع المسبق للتامين الصحي في الدول متدنية الدخل.

### المصطلحات الأساسية:

**الإعانة المتبادلة:** هو الوضع الناشئ عند جمع الأموال من المجموعات ذات الأخطار المختلفة.

**موظفي القطاع الرسمي:** هم أفراد من السكان الذين يعملون مقابل دخل خاضع للضريبة.

**التجزئة:** هو الوضع الناجم عنه تواجد العديد من الخطط التمويلية التي تعمل كمجموعة مخاطر منفصلة تكون فيه الإعانة المتبادلة محدودة.

**التصاعدية:** نظام تمويل يتصف بأنه تصاعدي حينما تكون نسبة الاستهلاك أكبر من دخل الأغنياء عنه من الفقراء.

**التراجعية:** نظام تمويل يتصف بأنه تراجعي، أو متناقص إذا كان يستهلك نسبة أكبر من دخل الفقراء عنه من الأغنياء.

## ما هي التغطية الشاملة؟

لقد تعلمت في الفصل الحادي عشر مبادئ التأمين الصحي الخاص. كما قد تعرفت على أحد أهم عوائق هذا النظام الذي يقوم أغلبه على التأمين الصحي الخاص ألا وهو الانتقاء المعاكس، وحصول الفقراء على الرعاية المطلوبة. هدف التغطية الشاملة هو منح حماية ضد تسديد مدفوعات الجيب للرعاية الصحية أثناء وقت استخدام الخدمة وتجنب تكبد إنفاقات الصحة الكارثية وغيرها من الإنفاقات التي قد تزيد عن حد معين من الدخل حيث قد تدفع أرباب البيوت للفقر، كما يهدف مفهوم التغطية الشاملة إلى أخد العوائق غير المالية كالمسافة، والرضى عن الخدمات بالأخص جودة الرعاية في عين الاعتبار (Ensor and Cooper 2004).

وبالتالي فإن التغطية الشاملة تعتني بوجود *عدالة في الحصول على الرعاية والحماية من المخاطر المالية*. كما يستند إلى فكرة *العدالة في التمويل* ـ حيث إن المساهمات تعتمد على القدرة على الدفع، وليس على إمكانية الإصابة بالمرض (WHO 2005). اللوحات التالية سوف توضح بعض من مبادئ العدالة عن كثب.

**العدالة في تمويل الرعاية الصحية:**

عندما نأخذ في عين الاعتبار من يتحمل عبء تمويل الرعاية الصحية ـ هي ممارسة شائعة لمقارنة المشاركات ضد القدرة على الدفع، والتي يتم قياسها وفقاً

للدخل. حيث إن هناك العديد ممن يتفق أن الذين يمتكلون الأموال عليهم المساهمة بنسبة أكثر من دخلهم عن التي يدفعها الفقراء للرعاية الصحية. مدى اختلاف تلك المساهمات للرعاية الصحية وفقاً للقدرة على الدفع يتم تعريفها من خلال علاقة ثلاثة مفاهيم: تصاعدية ـ التراجعية ـ التناسبية.

*التصاعدية:* توصف المساهمات المعطاه للرعاية الصحية بأنها تصاعدية إذا ساهمت الأجزاء الأكثر امتلاكاً للأموال من السكان بنسبة أكبر من الأجزاء الأكثر فقراً. وهو ما يقوم عليه نظام ضرائب الدخل في معظم الدول.

*التراجعية:* توصف المساهمات المعطاه بأنها تراجعية حينما يدفع الأغنياء حصة أقل نسبياً من دخلهم عن تلك التي يدفعها الفقراء.

*التناسبية:* إذا قام الجميع بالمساهمة بذات النسبة من دخلهم تسمى المساهمة في هذه الحالة بأنها تناسبية.

**الأخذ بعين الاعتبار درجة الاحتياج في توزيع المنافع الصحية:**

عند الحديث عن الإنصاف في استخدام الرعاية الصحية، والوصول، والإنفاق فإنه عادةً ما تتم مناقشتها بالحديث عن الاحتياج (أن يكون الحصول على الرعاية مساوياً للاحتياج). وكما نعلم بأن أكثر المجموعات فقراً هي أكثرها احتياجاً للرعاية الصحية وذلك لوضعهم الاقتصادي الذي يجعلهم أكثر عرضة للمرض، وبالتالي فإنه متوقع أن يحصل 20 % من السكان الأكثر فقراً على أكثر من 20 % من منافع الرعاية الصحية بشكل يتماشى مع احتياجهم، ولكن إذا حصل 20 % من أكثر السكان فقراً على أقل من 20 % من المنافع وحصل 20 % من أغنى السكان على أكثر من 20 % من المنافع يسمى التوزيع في هذه الحال بأنه في صالح الغني. وإذا حصل 20 % من أفقر السكان على أكثر من 20 % من المنافع مع حصول الأغنى على أقل من 20 % يسمى التوزيع في هذه الحالة بأنه في صالح الفقير. السياسات القائمة على صالح الفقير، والتي تستهدف المجموعات المتضررة تقوم بمعالجة الأشخاص بشكل مختلف وفقاً لاحتياجهم تستند إلى مبدأ «*العدالة الرأسي*» فكرة العدالة الرأسي، وغيرها من المبادئ الخاصة بالعدالة سوف يتم شرحها في الفصل السابع عشر.

في عام 2005 حثَّت منظمة الصحة العالمية الدول الأعضاء على تطوير أنظمة صحة مالية لتحقيق التغطية الشاملة (WHO 2005). معظم الدول حالياً تضع في عين الاعتبار كيفية وصول أنظمة الصحة المالية إلى التغطية الشاملة، أو المحافظة عليها. هناك العديد من الطرق للوصول للتغطية الشاملة، وفي الواقع قد يتم تمويل التغطية الشاملة من خلال ضرائب عامة، أو مشاريع التأمين الصحي، أو خليط من المصادر المالية، ويمكن تحقيق التغطية الشاملة من خلال نظام قومي واحد أو عدة مخططات مختلفة، ولكن جميع أشكال التغطية الشاملة تحتاج إلى جمع رأس مال مسبق الدفع (سواء أكان معتمداً على ضرائب، أو أقساط)، والتأكد أن التمويل المستخدم من المجموعات الأغنى ـ على درجات مختلفة ـ لإعانة المجموعات الأفقر باستخدام الرعاية الصحية.

التحديات الرئيسية التي تواجه أي نظام تمويل يهدف لتحقيق تغطية شاملة هو تحقيق امتدادات في ثلاثة جوانب (انظر الشكل 1.12)

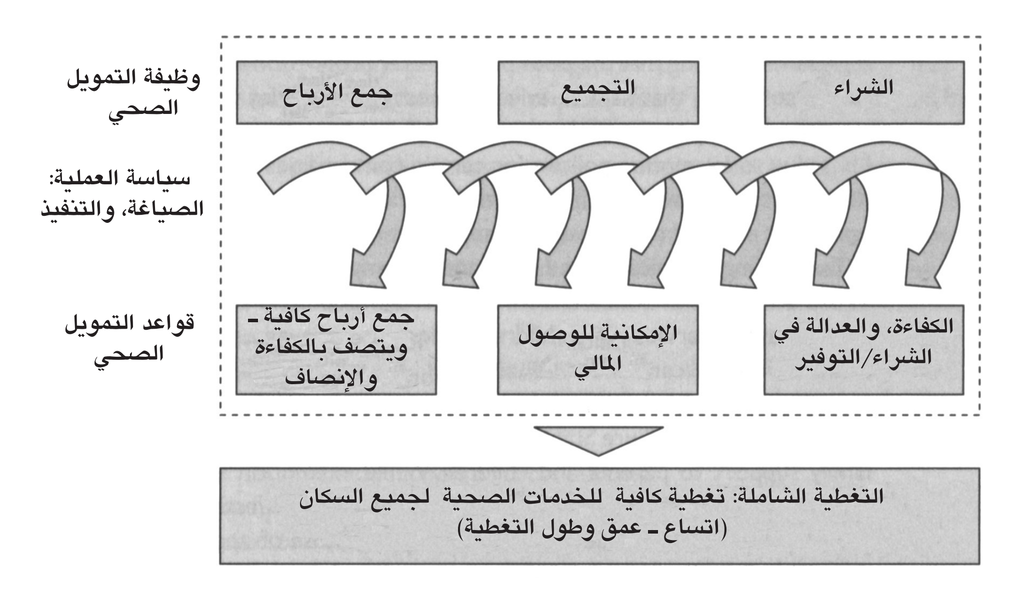
- *مدى اتساع التغطية:* نسبة السكان الذي يمكنهم الحصول على رعاية بسيطة التكاليف، وعالية الجودة.
- عمق *التغطية:* نطاق الخدمات المتاحة، والمتوفرة للسكان المحتاجين.
- *طول التغطية:* نسبة تكاليف الرعاية الصحية المغطاه بنظام التمويل.

لقد قمت بقراءة نموذجي بيفردج (Beveridge)، وبيسمارك (Bismarck) باختصار في الفصل التاسع. كما قمت بالنظر في التفاصيل الخاصة بالتأمين الصحي الخاص في الفصل الحادي عشر. سوف تقوم الآن بدراستها مجدداً لربطها مع هدف التغطية الشاملة.

## الأنظمة المرتكزة على الضرائب (نموذج بيفردج):

في الأماكن التي يتم تمويل الرعاية الصحية فيها من خلال الضرائب العامة بشكل أساسي ـ الأموال التي تأتي من خلال دفع الضرائب يتم استخدامها في تمويل الخدمات الصحية المقدمة لعامة السكان. يذهب التمويل مباشرة لمزودي الصحة، أو من خلال وسائط تقوم بشراء الخدمات نيابة عن السكان (التأكد من انشقاق المشتري عن المزود)، على سبيل المثال: في المملكة المتحدة يعد الممول الرئيسي في نظام خدمة الصحة الوطنية، هو الثقة الأولية للرعاية في خدمة الصحة الوطنية. تُكلف الثقة الأولية

للرعاية الصحية بشراء الرعاية الصحية من المستشفيات، والممارسين العامّين حيث تصرف التمويل على الخدمات بالنيابة عن السكان المرضى المسجلين لديهم.




**(الشكل 1.12): العلاقات ما بين وظائف التمويل الصحي، وأهداف التغطية الشاملة.**

***Source:*** **Carrin et al . (2008) ; adapted by Honda (2010).**

مميزات التمويل في أنظمة الضرائب أنها غالباً ما تكون تصاعدية بمعنى أن الأغنى يقوم بدفع نسبة أكبر من دخله عن تلك التي يدفعها الفقراء. تأتي الضرائب من مصادر عدة ـ وضريبة الدخل تكون متزايدة جداً حيث إن الأفراد ذووا الدخل الأعلى يدفعون نسبة أكبر من دخلهم عن هؤلاء أصحاب الدخل المتدني. في البلدان ذات الدخل الأعلى تشكل ضرائب الدخل نسبة ضخمة من إجمالي إيرادات الضرائب. على سبيل المثال: مثلت ضرائب الدخل في دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية في عام 2008 للفرد 25 % من إجمالي إيرادات الضرائب يليها مشاركات الضمان الاجتماعي 25 % وقيمة الضرائب المضافة 19 % (OECD 2010). يمثل القطاع الرسمي في الدول ذات الدخل الأقل نسبة قليلة من السكان. قد تساهم إيرادات ضرائب الدخل في نسبة صغيرة من مجموع إيرادات الضرائب. على سبيل المثال:

مثلت ضرائب الدخل في عام 2005 حوالي 11 % من مجموع إيرادات الضرائب في غانا، و14 % في تنزانيا (McIntyre et al. 2008). الأشكال الأخرى من الضرائب تتمثل في قيمة الضرائب المضافة ـ ضريبة الدخل المشترك ـ فرض الضريبة (ضريبة الوقود ـ الكحوليات ـ السجائر) ـ رسوم الاستيراد، والتصدير بين الآخرين. مستويات تلك الأنواع من الضرائب، ومساهمتها في الأساس الضريبي الشامل تختلف من دولة إلى أخرى. كما وأن تزايد كل من تلك الضرائب يختلف باختلاف المكان. على سبيل المثال: في معظم الدول ذات الدخل الأعلى، قيمة الضريبة المضافة تعد تراجعية بمعنى أن الفقراء يقومون بدفع حصة أكبر من دخلهم أكثر مما تمثله الحصة التي يدفعها الأغنياء، والسبب في ذلك هو فرض قيمة الضريبة المضافة على معظم السلع الأساسية التي يستهلكها معظم السكان. على النقيض فإن قيمة الضريبة المضافة وجد بأنها تصاعدية في بعض الدول منخفضة الدخل، ويرجع السبب في ذلك إلى سياسات الإعفاء لسلع أساسية محددة، والتي يتم استهلاكها أكثر من قبل الفقراء مقرونة بواقع أن الفقراء يعيشون على أسس الإعاشة حيث ينتجون العديد من احتياجاتهم الاستهلاكية.

يستخدم التمويل الضريبي لتمويل المخططات المالية الإعفائية في كل من الدول المنخفضة الدخل، والدول الأعلى دخلاً. تلك المخططات تأكد بأن مجموعات معينة من السكان، وهي المجموعات الضعيفة ليس عليهم الدفع للخدمات (الأطفال تحت سن 5 سنوات ـ المرأة الحامل ـ الفقراء). في الولايات المتحدة الأمريكية تعد المساعدة الطبية لكبار السن والمساعدة الطبية للفقراء هيئات ممولة حكومياً تقوم بتمويل الرعاية لكبار السن، والمقعدين، والفقراء بالترتيب. تتضمن مخططات المملكة المتحدة «مراكز شور ستار» الممولة حكومياً، والتي تمنح الرعاية للأطفال ـ التعلم المبكر ـ الصحة ودعم الأسرة للأبوين والأطفال. بينما تستهدف مخططات الإعفاء مجموعات سكانية محددة، أو الخدمات التي تعد فعالة نسبياً ـ المخططات التي تستهدف الفقراء تميل نظراً للصعوبة، وتكاليف الكفاءة إلى عدم تقييم الأهلية (Witter 2009).

يتم استخدام تمويل الضرائب في بعض الدول في منح حماية مالية للقطاعات غير الرسمية غير المغطاه بالتأمين الصحي الاجتماعي، وعلى سبيل المثال: مخططات التغطية الشاملة في تايلاند. كما يمكن استخدام تمويل الضرائب في إعانة التأمين الصحي الاجتماعي. على سبيل المثال: هناك 2.5 % في غانا من قيمة تمويل القيمة الضريبية المضافة يتم استخدامها لتمويل مخططات التأمين الصحي القومي.

## التأمين الصحي الاجتماعي (نموذج بيسمارك):

تقوم وكالات عامة بتشغيل التأمين الصحي الاجتماعي، ويتم تمويلها من خلال مساهمات إجبارية من الرواتب. عادة ما يتم تقسيم المبلغ بين أرباب العمل، والعمال. على سبيل المثال: إذا كان مجموع اشتراكات الضمان الاجتماعي للعامل 6 % فلابد أنها تتكون من 3 % مساهمة من قبل العامل و3 % مساهمة من أرباب العمل. في بعض الحالات الأخرى يدفع العامل حصة أكبر من دخله عن تلك التي يدفعها أرباب العمل، وفي طبيعة الحال تعد المساهمات للتأمين الصحي الاجتماعي متزايدة، ولكن الفوائد الناتجة من هذه المساهمات تصل فقط الأعضاء الذين هم جزء من مخطط التأمين فيما عدا حالات الإعانة المتبادلة مع غيرها من المخططات. كما أن الاشتراكات تكون من خلال نسبة مئوية من الدخل، إلا أنها تعتمد أيضاً على كونها طريقة متفق عليها في قياس الدخل، وتعمل بشكل أفضل حيث العمالة في القطاع الرسمي. في الدول الأوروبية نجح التأمين الصحي الاجتماعي في تغطية الغالبية العظمى من السكان قادرة على استيعاب مجموعات كبيرة من المخاطر. تمتلك ألمانيا أكثر أنظمة العالم قدماً ـ يرجع أصلها إلى عام 1883 حينما جعلت الحكومة التأمين الصحي الزامي للجميع. يتم تمويل التأمين من خلال مشاركات العمال وأرباب العمل وإعانات الحكومة. تم إنشاء الضمان الاجتماعي في فرنسا في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية (ويشار لها ب La sécu). كان التركيز في بداية الأمر على العاملين وامتدت في عام 1960 للقطاع غير الرسمي (المزارعين، وعمال المزارع غير الرسميين). في عام 2000 تم تحقيق نظام التغطية الشاملة على أسس الإقامة في فرنسا . هذا الوضع يسمى بإعادة توزيع الموارد من الأغنى للأفقر، ومن الأصغر للأكبر، ومن الأصحاء للمرضى. بات هذا ممكناً من خلال الإعانة المتبادلة حيث تقوم المجموعات الميسورة بإعانة المجموعات الأسوء حالاً.

وبشكل حديث في الدول منخفضة الدخل فإن تلك المخططات بدأت في القطاعات الحكومية حيث تغطي موظفي الحكومة فقط. (كما كان الحال في غانا، وكينيا، وتنزانيا). مع مرور الوقت قد يتم توسيع هذه المخططات لتشمل القطاع الرسمي الخاص (كما حدث في غانا). في إعدادات أخرى: قد يتم تغطيه القطاع الرسمي الخاص من خلال أنظمة منفصلة سواء من الاشتراكات الإلزامية التي تقترن بأرباب العمل، أو التأمين الصحي الخاص، وقد قيل بأنه في النطاق الأفريقي أدت التجارب مع التأمين الصحي الاجتماعي في بعض الأحيان إلى حالات تجزئة، وحالات من عدم

الإنصاف، حيث القطاع الرسمي مؤمن وله حق الوصول إلى مجموعة واسعة من الخدمات في حين يظل القطاع غير الرسمي غير المؤَّمن، ويعتمد على خدمات صحية عامة رديئة الجودة (McIntyre et al. 2008). في بعض الأحيان تستقبل مخططات التأمين الصحي القومي تعويضات ضريبية ـ وفي بعض الأحيان قد تقوم المخططات بتعويض مخططات أخرى للمجموعات الأكثر فقراً.

كملخص: التأمين الصحي الاجتماعي:

- عضويته الزامية.
- تتضمن خصم المشاركات من الرواتب.
- تقام من خلال هيئات عامة سواء منظمات فردية، أو عدة منظمات.
- مبنية على سياسات إعادة التوزيع.
- يتم تعريفها بشكل واضح ـ مخصصة موارد.
- عادة تكون إدارتها مركبة وغالية الثمن مقارنة بأنظمة الضرائب.
- باستطاعتها تحريك موارد إضافية للقطاع الصحي.

## نشاط 1.12:

الاختيار الرئيسي الذي يواجه الدول التي تسعى إلى التحول نحو التغطية الشاملة هو اختيارها لنظام تمويل الضرائب العامة أو التأمين الصحي الاجتماعي الإلزامي أو خليط منهما. هذا النشاط يجعلك قادراً على لمس الفروقات فيما بين التمويل الضرائبي والتأمين الصحي الاجتماعي وذلك باستخدام المثال الوارد في «ميلز 2007» اقرأ (الجدول 1.12) ومن ثم جاوب على الأسئلة التالية:

1. حدد الاختلافات بين تمويل الضرائب والتأمين الصحي الإلزامي فيما يخص الوصول لجميع المجموعات.
2. قارن بين كلا المخططين من حيث الطلب على الإدراة.
3. قارن بين كلا المخططين من حيث الاعتماد على الدخل المتوفر للتمويل الصحي.
4. ما هي مميزات وعيوب التأمين اصحي الاجتماعي بصفة عامة؟

**(الجدول 1.12): مميزات وعيوب كلا من التأمين الصحي الاجتماعي وتمويل الضرائب كنهج أساسي لتمويل التغطية الشاملة (Mills 2007).**

| الجانب | تمويل الضرائب | تمويل التأمين الصحي الاجتماعي الإلزامي |
|---|---|---|
| مصدر التمويل | جمع الأموال من جميع الذين يقعوا ضمن شبكة الضرائب (الضرائب المباشرة، أو غير المباشرة) | أرباب العمل، والعمال في القطاع الرسمي |
| العدالة في التمويل | تقدمية بشكل عام | أقل تقدمية منذ كانت التقدمية تشجع على بيان الرواتب، والتعويضات |
| تغطية السكان | لاتقييدات نظرياً | الرقم المطلق للمستفيدين، والنمو المرتبط بحجم، وطبيعة القطاع الرسمي |
| وصول التغطية لجميع المجموعات | لا يوجد عوائق لهذا المبدأ | يحتاج طرق إضافية، وعادة ما يكون تمويل ضريبي |
| فوائد الرعاية الصحية | لا تتطلب وجود علاقة ما بين الدفع، والفوائد | المشاركات، والفوائد متصلة |
| الطلبات على الإدراة | لا يتطلب نظام معين للمستفيدين تكاليف أقل للإدراة | يتطلب وجود نظام لجمع الإيرادات ـ التعرف على المستفيدين، والدفع لهم للرعاية الصحية |
| سياسياً | الحصة المخصصة للصحة تعتمد على عملية صنع القرار السياسي | الدخل مخصص للصحة |
| الآثار الاقتصادية | تعتمد على الهيكل الضريبي ـ لا تحتاج لتكون مقيدة بالعمالة | زيادة تكاليف العمالة |

## التغذية الراجعة:

1. تمويل الضرائب هو الأسلوب الوحيد الموثوق به التغطية التي يصعب على المجموعات الوصول إليها سواء كان ذلك عن طرق سياسات الإعفاء، أو التزام وطني أوسع نطاقاً لتمويل تكاليف فقراء القطاع غير الرسمي كما هو الحال في مخططات التغطية الشاملة في تايلاند.
2. من المعتقد أن زيادة أرباح القطاع الصحي عن طريق زيادة الضرائب ممكناً وأن جمع أرباح التأمين الصحي الاجتماعي ليس أكثر سهولة من الضرائب العامة

(Wagstaff 2007). قد تكون متطلبات إدارة التأمين الاجتماعي كبيرة ـ بما في ذلك التصدي للفساد (Yepes 2005) مما يؤدي إلى ارتفاع التكاليف الإدارية. كما قد يتم مواجهة تحديات في التأكد من تأمين الأموال، ووصولها إلى مزودي الصحة (Dixon et al. 2004).

3. على الرغم أن تمويل الضرائب مستفيد من بساطة الإدارة، إلا أن الأهمية الكبرى تكمن في التأكد من مواصلة جذب الصحة للتمويل المطلوب. إن ميّزة التأمين الصحي الاجتماعي أن التمويل فيها مخصص للصحة

4. المميزات الأساسية للتأمين الصحي الاجتماعي هي:

- الأموال المخصصة للرعاية الصحة معروفة، وليس عليها أن تتنافس مع غيرها من المتطلبات الأخرى على الحكومة مثل الدفاع، والإسكان، والضمان الاجتماعي.
- قد يشعر الأشخاص برضا أكبر حينما يدفعون التأمينِ الاجتماعي مع معرفتهم بأنه سوف يتم صرفها على الرعاية الصحية بدلاً من دفعها على الضرائب، والتي قد لا يتم استخدامها للرعاية الصحية.
- مساهمة الموظفين تعني إمكانية أن يتصرف الناس بشكل أفضل، وأكثر تحملاً للمسؤولية في استهلاكِهم للرعاية الصحية ـ، وبالتالي تقليل إمكانية المخاطر الأخلاقية، وأكثر مثلاً للمطالبة بالخدمات عالية الجودة من مزودي الصحة.
- مساهمات أرباب العمل تعني وجود حافز للتأكد من أن الأقساط قليلة قدر المستطاع، وبالتالي تشجيع مزودي الرعاية الصحية بأن يكونوا على قدر من الكفاءة.

العيوب هي:

- التأمين الصحي الاجتماعي هو أحد أشكال ضرائب التوظيف (حيث يتم دفعها من قبل العاملين)، والذي بدوره يعد عامل مثبط لأرباب العمل لخلق فرص عمل جديدة
- كمية الزيادة سوف تختلف باختلاف عدد الأشخاص الذين يتم توظيفهم وبالتالي فإن دخل أنظمة الرعاية الصحية غير مضمون.
- تكاليف تحصيل الأموال من العمال وأرباب العمل (تكاليف إضافية لا تزيد بزيادة أنظمة الضرائب).
- في حالة تواجد أكثر من تمويل اجتماعي واحد سوف تزداد احتمالية وجود الانتقاء المعاكس للمشتركين.

## التأمين الصحي الخاص:

إن هدف التأمين الصحي الخاص في نظام التغطية الشاملة هو هدف مزدوج. قد يتم استخدام التأمين الصحي الخاص لتزويد تغطية تكميلية للرفاهية، أو للخدمات باهظة التكاليف، أو نطاق أوسع من مزودي الرعاية الصحية، والتي لا يشتمل عليها التأمين الصحي الاجتماعي، أو نظام الضرائب. كما قد يوفر التأمين الصحي الخاص سرعة في الحصول على الرعاية الصحية في الأنظمة التي لابد فيها من الانتظار للحصول على الرعاية من مزود الصحة المخصص للعامة كما هو الحال في المملكة المتحدة. في الدول التي يكون فيها التأمين الصحي الاجتماعي حكر على القطاع الرسمي العام يشتري أرباب العمل في القطاع الرسمي الخاص التأمين الصحي الخاص للعمال. تعد أقساط التأمين الصحي الخاص تزايدية بشكل عام حيث أن من يميل إلى استخدامه هم المجموعات ميسورة الحال التي تساهم بشكل أكبر، ولكن المنفعة التي تعود على المشاركين من التأمين الصحي الخاص محدودة. كما قد يؤدي التأمين الصحي الخاص إلى زيادة عدم العدالة في الأنظمة الصحية حيث يتم إزالة السكان الأكثر غناً من مجموعة المخاطر، وهذا يؤدي إلى حدوث تجزئة حيث إن المخططات تعمل بشكل مستقل عن بعضها البعض كتجمعات منفصلة، وصغيرة نسبياً من المخاطر.

## نشاط 2.12:

1. هل يجب على التأمين الصحي الخاص أن يلعب دوراً في تحقيق التغطية الشاملة؟
2. هل يزيد التأمين الصحي الخاص من العدالة؟
3. هل يعد التأمين الصحي الخاص خياراً ممكناً للدول ذات الدخل المنخفض كشكل من أشكال تحقيق التغطية الشاملة؟

## التغذية الراجعة [مقتبسة من ميلز 2007 (Mills 2007)]:

1. الاعتماد على التأمين الصحي الخاص كعنصر رئيسي لتحقيق التغطية الشاملة مثير للجدل لما له من شكوك في قدرته على تحقيق العدالة. وبشكل عام فإن تغطية التأمين الصحي الخاص محصورة فقط على التوظيف في القطاع الرسمي، وهؤلاء الأعضاء يميلون أن يكونوا أفضل حالاً، ويتم تقييم القسط بناءً على درجة الخطر الذي بدوره قد يؤدي إلى جعل التكاليف باهظة على الأشخاص ذوي الخطر الأكبر، والمجموعات الضعيفة، وعادة ما يؤدي إلى استبعادهم. وقد تؤدي

كثرة المخططات المختلفة للتأمين الصحي الخاص إلى تجزئة تجمعات المخاطر. وبالتالي يؤثر في تحقيق التغطية الشاملة (كما تم توضيحه في الولايات المتحدة الأمريكية، وجنوب أفريقيا).

2. قد يعمل التأمين الخاص على زيادة الحماية المالية، والوصول إلى الخدمات الصحية لهؤلاء المقبلين، والقادرين على الدفع، ولكن بتكلفة تمس أهداف العدالة.

3. القليل من الدول ذات الدخل المنخفض قادرة على امتلاك سوقاً كبيراً للتأمين الصحي الخاص حيث إن الكفاءات المطلوبة لخلق مثل تلك الأسواق شحيحة، وعادة يغطي التأمين الصحي الخاص نسبة قليلة من السكان خاصة في الدول الأكثر فقراً، وبالتالي فإنها اختيار غير مفضل في الدول ذات الدخل القليل، والمتوسط. ولكن كما سوف في الأسفل فإنه قد يتم استخدام مخططات تأمين صحي تطوعي على نطاق مجتمعي صغير كنقطة انطلاق لتطوير مخططات التأمين القومية، أو الاجتماعية ذات النطاق الأكبر.

**التوجه نحو التغطية الشاملة: إصلاح الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية.**

في عام 2010 تم إدراج كل من حماية المريض، وحركة الرعاية الصحية في حدود المستطاع في قانون الولايات المتحدة الأمريكية. مع 45 مليون شخص (حوالي 15 % من السكان) بلا تأمين وإنفاق الرعاية الصحية لحوالي 17 % من إجمالي الناتج المحلي، وخدمات مختلفة الجودة (Lyke 2009) ـ لاحظ الكثيرون وجود إصلاحات في الرعاية الصحية. حاولت تلك الإصلاحات نقل الولايات التحدة الأمريكية لنظام التغطية الشاملة، وتتطلب هذه الحركة أن يكون لمعظم المواطنين والمقيمين الشرعيين تأميناً صحياً ومنح الأفراد، والعائلات ذات الدخل المنخفض إعانات، وتقديم تغطية لمدفوعات جيبهم السنوية، كما سيتم اتخاذ بعض التحركات لحظر التمييز فيما بين الناس ذوي الحالات المرضية مسبقة الوجود للتأكد من حصولهم على التأمين الصحي، ومنح التخفيضات الضرائبية للمشاريع الصغيرة لمساعدتهم في دفع التأمين الصحي للموظفين. كما سيخلق الإصلاح تبادل صحياً أمريكياً قائماً على الدولة يمكن الأفراد من شراء التغطية، وتبادلات منفصلة تتم من خلال تمكين المشاريع الصغيرة من شراء التغطية، وسيتم فرض ضوابط على خطط الصحة في التبادلات، وفي الأسواق الفردية، أو أسواق المجموعات الصغيرة، وستكون التأمينات التي يتم بيعها في التبادلات خاصة (BBC News 2010; Kaiser Family Foundation 2010).

## التأمين الصحي المجتمعي:

هو شكل من أشكال التأمين الصحي التطوعي التي تؤكد على الملكية في المجتمع. مثل هذه المخططات تستهدف القطاع غير الرسمي التي يكون فيها الأفراد بلا تغطية تأمين إلزامية كما تم دخولها إلى الدول التي تفرض رسوم المستخدم. إن التأمين الصحي المجتمعي تم تعزيزه كطريقة تمنح الحماية المالية للفقراء العاملين في القطاع غير الرسمي. وهي شائعة خاصة في المناطق الريفية في الدول ذات الدخل المنخفض تلك المخططات يتم تشغيلها من قبل المجتمعات، والحكومة، والمنظمات غير الحكومية حيث تعامل كامتداد لمخطط تمويل صغير. يتم إدارة هذه المخططات على نطاق صغير نسبياً مع مجموعة مخاطر صغيرة، وإعانة متبادلة محدودة. عادة ما تكون الأقساط بمعدل ثابت، ويتم الدفع شهرياً، أو سنوياً لكل فرد، أو أسرة ويقدم عادة مجموعة أساسية من الخدمات العامة. وقد يواجه التأمين الصحي المجتمعي بعض الصعوبات في إلحاق من هم أكثر فقراً، وذلك حسب قدرتهم على تحمل الأقساط، وعدم استيعاب مفهوم مجموعة المخاطر. بينما تعطي المخططات إعفاء في بعض الأحيان لمن هم أكثر فقراً (كما في غانا، وتنزانيا)، ولكن قد يصعب تنفيذه.

إن المشاركات للتأمين الصحي المجتمعي غالباً ما تكون تراجعية، ويرجع السبب في ذلك إلى المعدل الثابت للقسط، ولإنها تنفذ عادة في المجتمعات الريفية الأكثر فقراً وبالتالي تشكل عبئاً أكبر على الفقراء في الريف، ومع ذلك فإن التأمين الصحي المجتمعي لعب دوراً رئيسياً في تطور التحضيرات الأوروبية، واليابانية للتغطية الشاملة (Criel 1998; Ogawa et al. 2003) وكذلك في التطور في مخططات التأمين الصحي القومي في غانا. قد تعمل على زيادة الوعي بمفهوم التأمين، وخلق خبرة بمجموعات المخاطر ومنح حماية مالية حينما لا يمنح النظام العام رعاية مجانية.

الملخص التالي يرجع عمله إلى إكلوند، وستافم (Eklund and Stavem) (1995) حيث يتم فيه تقسيم مخططات التأمين المجتمعي في 18 قرية في غينيا ـ بيساو في غرب إفريقيا.

### التأمين الصحي المجتمعي من خلال مخططات مسبقة الدفع في غينيا ـ بيساو

مخطط الصحة القروية للدفع المسبق في غينيا ـ بيساو هو مثال بسيط لمخطط التأمين الصحي المجتمعي الذي يجمع المخاطر لخدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية (خاصة الأدوية)، في حين تبسيط متطلبات الإدارة. ثلاث مكونات تدعم المخطط: مشاكرة المجتمع ـ تعبئة الموارد المحلية، ووجود عقد رسمي بين زعماء القرى، ووزارة الصحة العامة. هذا العقد يحدد القوانين التالية للقرية، والحكومة:

i. القرية مسؤولة عن إعداد الرسوم (الأقساط) سواء كانت المدفوعات للفرد، أو لكل بالغ، أو لكل أسرة، وتكون الرسوم موحدة في كل قرية.

ii. القرية مسؤولة عن التأكد من توفر الأموال من المخططات، والتأكد من استمرار إمدادات الأدوية.

iii. يتم تسمية لجنة محلية لإدارة أنشطة النظام على مستوى القرية.

iv. القرية مسؤولة عن بناء مركز صحي بغض النظر عن بعض البنود المحددة المقدمة من قبل وزارة الصحة العامة.

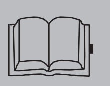
v. تقوم الحكومة بتقديم بعض الإمدادات الأساسية للأثاث، والمعدات، وحوالي 6 شهور من إمدادات الأدوية للقرية كما تقوم بمعونات من الأدوية التي تطلبها القرية مسبقاً.

vi. يتم تدريب قروي، أو أكثر ليكونوا عمال صحة في القرية، والقابلات.

حيث إن المخطط لا يستخدم نظام رسوم المستخدم للخدمات، وبالتالي لاداع لأنظمة محاسبة، وحماية الأموال على مستوى القرية. يتم جمع المدفوعات مسبقّة الدفع على مرة واحدة من خلال لجنة أمين صندوق القرية، ومن ثم بعثها من خلال نظام الصحة ليتم ايداعها في حسابات مخصصة لشراء الأدوية.

إضافة إلى ذلك لايتم عمل فواتير حيث إن مزودي الصحة لا يقومون بالتسديد للخدمات، ولا داعٍ لتقييم الخطر حيث إن الأقساط تابعة للتقييم المجتمعي.

قد ذكر أكلوند ووستافم (Eklund and Stavem) (1995) في استنتاجهما التقييم التالي:



يتم منع الانتقاء المعاكس بشكل تقريبي عن طريق عضوية شاملة في كل قرية مشاركة. كما يتم تجنب المخاطر الأخلاقية من خلال تيقظ عمال الصحة في القرية، والقابلات حيث يصرفون الأدوية حسب الاحتياج مستندين في ذلك على التشخيص، وضغط المجتمع المحلي.

وعلى الرغم من أن تكاليف الشفاء رخيصة الثمن إلا أن هذا يتسبب في تقليل إجمالي كمية تعبئة الموارد. يمنح القرويون مواد البناء للناقل المتسلل العام، ولعمال الصحة في القرى، والقابلات، وذلك لتنفيذ وإدارة المخططات، ولا تنعكس أياً من تلك التكاليف على تكاليف الشفاء، إضافة إلى ذلك فإن المجيبين عبَّروا عن استعدادهم للدفع المسبق لمبلغ أكبر شريطة أن تتاح لهم الأدوية في الوقت المناسب. يتم دعم الأدوية بشكل كبير إلى «الناقل المتسلسل العام» إلا أن أسعارها لا تزداد بانتظام لتعكس أي تضخم، أو انخفاض. كما أن درجة دعم إمدادات الدواء لـ «الناقل المتسلسل العام» في زيادة مستمرة مع الوقت.

أشارت الدراسات الاستقصائية أن مستوى الرضى عن مراكز الصحة في القرية كانت كبيرة على الرغم من وجود أدلة على الاستنفاذ السريع لمخزون الأدوية. كما أن رغبة المستجيبين بالدفع المسبق مربوطة بالتحسينات في جودة الخدمة بما فيها توفير الأدوية بشكل أكبر، وتحسين التدريب للقابلات في القرى. إلى الآن جودة الخدمة التي يمكن منحها في مراكز الصحة في القرى تعتمد بشكل حاسم على مدى الدعم من باقي نظام الرعاية الصحية.

(Eklund and Stavem 1995).

## نشاط 3.12:

بعد أن قمت بقراءة المعلومات السابقة عن مخطط التأمين المجتمعي في غينيا ـ بيساو قم بالإجابة على الأسئلة التالية:

1. كيف تختلف مخططات الثمانية عشر قرية فيما يخص التأمين المجتمعي في غينيا ـ بيساو؟
2. كيف تسيطر مخططات الدفع المسبق في الريف على المخاطر الأخلاقية، والانتقاء المعاكس؟
3. ما الآثار التي بلغ عنها فيما يخص توافر الدواء، وجودة الرعاية؟

## التغذية الراجعة:

1. تعتمد معظم المخططات على سعر صرف ثابت للفرد، أو لكل عائلة شاملة الأطفال. تعد المساهمات معدل صافي بغض النظر عن الدخل، ولكن يتم إعفاء الفقراء من المدفوعات.
2. المخاطر الأخلاقية يسهل السيطرة عليها في المجتمعات الصغيرة حيث يعرف أهل القرية بعضهم البعضٍ، كما يعرف عمال الصحة احتياجات مرضاهم. يتم منع الانتقاء المعاكس نسبياً من خلال العضوية الشاملة.
3. على الرغم من عدم التكافؤ في توافر الدواء في بعض الأحيان، إلا أن جودة الرعاية في تحسُّن مستمر بعد الدخول التأمين.

## مصادر أخرى للتمويل:

يشكل تمويل المتبرع، ومدفوعات الجيب مصدران لا يستهان بهما في تمويل الرعاية الصحية، وبالأخص في الدول ذات الدخل الأقل. في حين أن مدفوعات مزود الصحة المباشرة تعد تراجعية حيث إن المدفوعات موحدة، وتشكل عبئاً أكبر للفقراء عن الأغنياء. كما أن هذه المدفوعات أكبر، وتمثل نسبة أعلى من مجموع التمويل الصحي في الدول منخفضة الدخل. درجة الإنصاف في التمويل الصحي بشكل عام تتوقف على مشاركة كل مصدر من مصادر التمويل الصحي في النظام برمته. وثمة مسألة أخرى، وهي مدى الأموال التي يتم تحصيلها عبر المخططات.

## الملخص:

لقد تعرفت على مبادئ التغطية الشاملة وآليات طرق التمويل التي تساهم في الوصول لتلك التغطية. كما رأيت المميزات، والعيوب النسبية للتأمين الصحي الاجتماعي مقارنة بالضرائب العامة لتحقيق التغطية الشاملة، وقد رأيت الأدوار المحتملة، وقيود التأمين الصحي التطوعي سواء كان التأمين الصحي الخاص، أو التأمين الصحي المجتمعي، وبالتالي قام هذا الفصل باستعراض الأساليب الرئيسية لتأمين الرعاية الصحية بشكل كامل: الضرائب ـ التأمين الأجتماعي ـ التأمين الخاص ـ إنفاقات مدفوعات الجيب، وسوف تتعرف الآن على كيفية التقييم الاقتصادي.

# الباب الخامس

# التقييم الاقتصادي

# Economic evaluation

# الفصل الثالث عشر

## ما التقييم الاقتصادي، وما الأسئلة التي من الممكن أن تساعد في الإجابة عليه؟

## What is economic evaluation and what questions can it help to answer?

### نظرة عامة:

حتى الآن، تعلمنا أن الأسواق المنافسة التامة توفِّر توزيعاً أكثر كفاءة للموارد. ولقد تعلمنا أيضاً أن الأسواق في الرعاية الصحية تعاني من عدد من الإخفاقات، ولهذا السبب (وكذلك شواغل العدالة) تتدخل الحكومات، وعدم وجود سوق لا يزيل المشكلة المركزية في تخصيص الموارد الشحيحة، وسوف نتعلم في هذا الفصل، وفي الفصول الثلاثة القادمة، أن التقييم الاقتصادي هو واحد من المداخل التي من الممكن أن تساعد مع تخصيص الموارد في الأماكن التي لا يوجد بها أسواق.

سوف نبدأ استكشافنا للتقييم الاقتصادي بتقديم بعض المفاهيم الأساسية. وسوف نواجه هذه المفاهيم من خلال الثلاثة فصول القادمة، لذلك من المهم أن نستوعبهم، وهذا الفصل أيضاً سوف يعطينا نظرة عامة على أنواع التقييم الاقتصادى وأنواع سياسات الأسئلة التي يمكن أن يعالجها. الفصل 14، و15 يتناول *طرق القياس* وتقييم التكاليف والعواقب، بينما الفصل الـ 16 فيناقش طرق تقديم وتفسير المعلومات عن التكاليف، والعواقب لإبلاغ صانعي قرارات الرعاية الصحية.

## الأهداف التعليمية:

بعد العمل خلال هذا الفصل سوف نصبح قادرين على:

- تعريف التقييم الاقتصادي.
- وصف الطرق المختلفة للتقييم الاقتصادي.
- شرح كيف أن التقييم الاقتصادى يساعد على تقييم الكفاءة.
- شرح الخطوات الرئيسية للتقييم الاقتصادي.
- وصف كيف أن التقييم الاقتصادي من الممكن أن يساهم في الإجابة على أسئلة التأمين.

## المصطلحات الأساسية:

**تحليل التكلفة والعائد** هي تقنية تقييم اقتصادي يتم بها التعبير عن النتائج من الناحية النقدية.

**تحليل فاعلية التكلفة** هي تقنية تقييم اقتصادي يتم بها التعبير عن الوحدات الصحية مثل سنوات العمر المحفوظة.

**تحليل فائدة التكلفة** تقنية تقييم اقتصادي يتم بها التعبير عن الوحدت الصحية التي تلتقط ليس فقط الكمية بل نوعية الحياة.

**التقييم الاقتصادي** يقارن بين التكلفة، وعواقب تداخلات الرعاية الصحية البديلة لتقييم قيمة أموالهم.

**تحليل الحساسية** العملية التي تقيم مدى متانة نتائج عملية التقييم الاقتصادى من خلال تغيير الافتراضات المستخدمة في التحليل.

## يوم في حياة وزير الصحة:

بما أن الأسواق الحرة نادراً ما تكون موجودة فى الرعاية الصحية، فإن القرارات يجب أن تتم حول الخدمات الصحية التي يجب أن تمول لمواجهة ندرة الموارد. وهذه

قرارات صعبة الاتخاذ خاصة عندما تتحسن التكنولوجيا الطبية، ويزداد التوسع في الدخل الحقيقي، والعديد من البلدان ذات السكان كبار السن.

ولقد لاحظ وزيرالصحة ذات مرة أن الشيء الوحيد الذي يواجهه وزير الصحة للمناقشة مع الأطباء المتخصصين هو المال، ويبدوا أن هناك ما لا يكفي من المال للقيام بكل الأشياء التي تستحق القيام بها، ووزارات الصحة فى كثير من الأحيان تواجه الحالات التي بها كل طلب للحصول على تمويل إضافي، والتي قد تكون مشروعة لتحسين الصحة، ولكن الميزانية في كثير من الأحيان لا يمكن أن تغطي جميع الطلبات، وعلى سبيل المثال، لنفترض أن وزير الصحة يستقبل طلبات من برنامجين مختلفين، أحدهما من برنامج للسل، والآخر من البرنامج الموسع للمناعة. فإن البرنامج الأول يحتاج إلى تمويل إضافي للعلاج الملاحظ المباشر ـ قصير المدى، والنظام الثاني يتطلب إضافة لقاح الالتهاب الكبدي البائي لبرنامجه الروتيني، ودون الزيادة في الميزانية العامة فإن النظم الجديدة لا يمكن تغطيتها مالم يتم خفض بعض البرامج الأخرى.

ولذا فإن السؤال يكمن هنا ،كيف يمكن للوزير أن يقرر أي من هذه الطلبات ينصح بدعمه؟ بدعم واحد من هذه البرامج، أو الاثنين إذا كان ذلك متاح، يعني أن هناك شيء آخر ينصح بأن يتم تقليصه ـ فأي البرامج ينصح به؟ أي من هذه التداخلات جدير بالاهتمام؟، وهنا يأتي دور التقييم الاقتصادي واضح في الصورة.

## تأثير المشكلات الصحية:

إن الأولويات الرئيسية للعديد من المجتمعات حول العالم، هو تخفيف وطأة المشكلات الصحية، الأمراض، الإصابات، أو عوامل خطورة أي من هذه. تأثير مثل هذه المشكلات الصحية من الممكن أن تتجلى واضحة بصور مختلفة ـ الإعاقة الجسدية، معدلات المرض والوفيات، الضائقة الانفعالية، الصعوبات الاجتماعية، والعزلة، وكذلك الخسائر المالية والاقتصادية، وكل مظهر من الممكن أن يلاحظ على مستوى الفرد، العائلة، والأسرة، المجتمع المحلي، وباقي المجتمع. تأثير المشكلات الصحية من الممكن أن تقاس بالآتي:

- عدد الحالات.
- عدد الوفيات.
- كمية العجز، الألم، أو المعاناة.
- عدد الأشخاص الذين لديهم عوامل خطورة.

- كمية الأموال المنفقة في المشكلات الصحية.
- كمية الدخل المفقود نتيجة للمشكلات الصحية.

وعلى سبيل المثال، فإن الوفاة التي تحدث للطفل المولود لأم لديها بالفعل طفلين وهي المدرسة الوحيدة بالقرية من الممكن أن تقاس بطرق مختلفة مثل:

- «حالة» معدل وفيات الأمهات.
- عدد سنوات الحياة التي فقدت فيها الأم بموت قبل فوات الأوان.
- مقدار أجورها التي لم تتلقاها أسرتها.
- تأثير فقدان أجرها، خاصة لأطفالها في سن الدراسة الذين لايستطيعون التعلُّم لأن مصاريف التعلّم لم تعد متاحة.
- الخسارة لزوجها الذي يفتقد مشاركته معها، ومهاراتها كمدبرة منزل والتزامها لجزء من الوقت.
- فقدان التوجيه، والتدريب لأطفالها الصغار.
- فقدان استثمار والديها في تدريبها، وتثقيفها حتى تصبح معلمة.
- فقدان النظام المدرسي لها، والتدريب للمعلمين الجدد ليحلوا محلها.

لذلك، فإنه في التقييم الاقتصادي يتم تقييم آثار المشكلات الصحية، وذلك باستخدام مجموعة متنوعة من المقاييس الصحية مثل عدد من الحالات المرضية، عدد الوفيات بسبب المرض، وعدد سنوات الخسارة المحتملة للحياة بسبب المرض، أو من الناحية المالية حيث *تكلفة المشكلات الصحية*. القيمة النقدية للموارد المستهلكة، أو المفقودة بسبب المشكلات الصحية.

## الموارد المحتاجة للتدخل:

لقد علمنا سابقاً أنه لسنا نملك المال الكافي لعمل كل شيء نود القيام به، لذلك فنحن نعلم أيضاً أن كل التداخلات الممكنة المتاحة للمشكلات الصحية ليست كافية، وذلك يعني أننا نحتاج أيضاً أن نعرف قيمة التدخلات، وتحديد تكلفة هذه التداخلات يكون أحياناً معقداً، والخطوة الأولى هي معرفة الموارد المحددة المستخدمة لإنجاز هذه التداخلات. الموارد هي المكونات لتداخلات العناية الصحية، ويشار إليها أيضاً *بالمدخلات*، أو *مدخلات الموارد*، وكطريقة مفيدة يتم تقسيم الموارد لسبعة أقسام:

- الموظفين.
- مبانٍ ومساحات.

- معدات.
- إمدادات، وأدوية.
- نقل.
- تدريب.
- تعبئة اجتماعية، وإعلانية مشتملة على معلومات، تعليم، واتصالات.

## نشاط 1.13:

بالنظر إلى صورة جلسات رصد النمو لدولة منخفضة الدخل. ما هي الموارد المستخدمة لوصف التدخلات الصحية؟



**(الشكل 1.13): التدخل الصحي في البلدان النامية.**

***Source:*** **Global Sataritans.**

## التغذية الراجعة:

في الصورة من المحتمل أنه قد يكون أول ما يكون قد لفت انتباهك هو المعدات، وبخاصة مقياس الوزن. ثم بعد ذلك سوف تلاحظ موظفو الهيئة، الممرضة التي تدون

أوزان الأطفال، وهي متدربة على القيام بهذا الدور، ومن الممكن أن تنسى السائق والسيارة، فهم ليسوا في الصورة، والنشاطات الأخرى تشمل المحافظة على السيارة، والمعدات، تدريبات موظفي الهيئة، والإشراف للمستوى الأعلى من موظفي الهيئة في مركز صحي أو في أي مكان كانوا. وهناك مورد آخر لابدٍ مِن أن يكون في الاعتبار، وهو وقت الأمهات، فمن الممكن أن يقمن بنشاطات أخرى بدلاً من انتظار أطفالهن حتى يتم وزنهم. وكيف تعلم الأمهات أنه سوف يكون هناك جلسات رصد النمو في هذا المكان وفي هذا الوقت؟ وذهبت الموارد لإعلام الأمهات وحثهن على جلب أطفالهن.

بعد التعرف على الموارد، نحن محتاجين لقياس لأي مدى قد تم استخدام كل مورد. وهذا ما يدعوه الاقتصاديين بالتوقع، ما هى كمية كل مورد أو مدخل المطلوبة للحصول على خدمات رصد النمو. وفي النهاية، نحن محتاجون لتحديد قيمة كل مورد قد تم استخدامه، فبذلك يتم حساب قيمة التداخلات. ومن أكثر الطرق المباشرة لتقييم الموارد هو استخدام المال كوسيلة للقياس، وبعض التكلفة لن يكون من السهل تحديدها، مع الأخذ في الاعتبار وقت المرأة الذي تحضر فيه أطفالها لجلسات رصد النمو. كيف يمكن تحديد قيمتها بمقاييس مالية؟ حتى هذه اللحظة، يكفي أننا بدأنا في أن نكون على علم بأن التكلفة ليست دائماً مسألة بسيطة لجمع المعلومات الخاصة بالسعر، ومن الممكن أن نحتاج لمهارات ورأي الاقتصاديون. سوف يتم استكشاف التكلفة عن قرب في الفصل القادم إن شاء الله.

## النتائج، أو العواقب:

إن الهدف من هذه التدخل هو الحد من تأثير المشكلة الصحية. وللتقييم الاقتصادي، نحتاجٍ إلى قياس مدى كمية التأثير الذي يتم تقليله. ولمعرفة ما إذا كان التدخل كان جيداً بما فيه الكفاية لتبرير تكلفته، عليك أن تعرف كيف أن المشكلة الصحية تتغير بعد التدخل خاصة تحتاج لمعرفة ما يحدث كنتيجة *للتدخل*، وبعبارة أخرى، النتيجة أو النتائج المترتبة على التدخل.

يمكنك تقييم هذا التغيير من خلال قياس الفرق في مشكلة صحية بأحد الطريقتين. يمكنك قياس أي تأثير لهذه المشكلة الصحية قبل، وبعد تدخل، أو مع ودون تدخل. ولهذا السبب فإن التقييم الاقتصادي غالباً ما يتم جنباً إلى جنب مع التجارب الإكلينيكية، أو بعض الأشكال الأخرى من أشكال التدخل للتقييم حيث يتم تقييم هذه الآثار على وجه التحديد.

حيث يتم تقييم التأثير باستخدام إما التدابير الصحية (عدد الوفيات، عدد من الحالات، وغيرها)، أو بما يعادلها نقدياً، وحيث إن النتيجة هي مجرد اختلاف في التأثير، فإن الواحدت المستخدمة لقياس النتائج تكون مماثلة للواحدات المستخدمة في قياس التأثير.

فلنأخذ على سبيل المثال استخدام الناموسيات المشبعة بالمبيدات للوقاية من الملاريا. إذا أردت تحديد أثرها، فإنه يمكن حساب عدد وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر، و5 سنوات في إحدى القرى حيث تكون الناموسيات مشبعة بالمبيدات، ومقارنتها بعدد الوفيات الناجمة عن الملاريا في قرى مشابهة من حيث الحجم، والخصائص التي تكون بها الناموسيات غير مشبعة بالمبيدات. لنفترض أن النتائج أظهرت أن:

- القرى التي لم تتلقَّ التدخل بها 73 حالة وفاة جراء الملاريا.
- القرى التي بها الناموسيات مشبعة بالمبيدات (بالتدخل) بها 16 حالة وفاة جراء الملاريا.

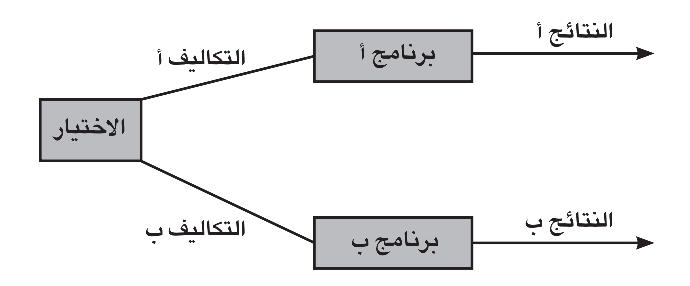
وكنتيجة للتدخل، فإنه يمكننا استتنتاج أن هناك 57 شخصاً أقل في الوفيات جرّاء الملاريا. نتيجة التدخل الجديد للملاريا آنذاك هو تقليل الوفيات عن 57 حالة.

وحيث إن الهدف من العناية الصحية هو تحقيق خفض أكبر في المشكلات الصحية قدر الإمكان، فإن ميزانية الرعاية الصحية الخاصة بك في كثير من الأحيان لا تسمح لك بتنفيذ جميع التدخلات المرغوب فيها. تلك هي بالضبط المعضلة نفسها التي يواجهها وزير الصحة فى بداية هذا الفصل. وزير الصحة، أو وزيرة الصحة مازال يواجه التحدي في مقارنة الطلبات الخاصة بالتمويل لمرض (السل) لعمل اختبار العلاج الملاحظ المباشر قصير المدى مع الطلبات الخاصة بتمويل برنامج التحصين الموسَّع الخاص بمريض الالتهاب الكبدي الفيروسي. بعض القرارات يجب أن يتم اتخاذها فيما يتعلق بالقيمة النسبية لهذه التدخلات، وهذا يبين كيف أن الاقتصاد كنظام يمكن أن يساعد.

## ما التقييم الاقتصادي؟

وفقاً لدروموند *وآخرين* 2005 (Drummond et *al*. 2005) هناك سمتان تميزان التقييم الاقتصادي:

هي تحليل مقارن (مثال: هي تقارن بين اثنين، أو أكثر من الخيارات المختلفة)، وهي أيضاً تقارن بين هذه الخيارات من حيث *تكلفتها*، *ونتائجها*. (الشكل 2.13) يوضح ذلك. ويوجد بديلان هما (أ ، ب). وعند تقييم البرامج (أ ، ب)، علينا مقارنة التباين في التكلفة مع التباين في النتائج. وهذا ما يسمى *بالتحليل التزايدي*. دعنا الآن نبدأ بالتفكير في مقارنة التكاليف، والنتائج للتداخلات المختلفة بطريقة عملية.




**(الشكل 2.13): التكاليف، والنتائج المصدر.**

***Source:* Drummond et al. (2005).**

## نشاط 13.2:

تخيل أن البرنامج (أ) هو برنامج مجتمعي واسع يشتمل على الناموسيات الخالية من المبيدات المستخدمة لمكافحة الملاريا. ما هي البرامج البديلة التي يمكن أن تريدها للمقارنة ضد هذا؟

## التغذية الراجعة:

هنا بعض الاقتراحات، ولكن من المحتمل أن تفكر في اقتراحات أخرى. ولقد ركزنا على الملاريا ولكن قد تكون مهتم لمقارنة تدخلك مع غيرها من برامج الأمراض المعدية أو البرامج غير الصحية البديلة في قطاعي الزراعية والتعليم.

- لا تفعل شيئاً (أي لا تطبق الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات).
- استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات فقط في المجموعات المستهدفة (النساء الحوامل والأطفال دون الخامسة).
- التسويق الاجتماعي للناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات - مشاريع التسويق الاجتماعي تشجيع شبكات التوزيع للقطاع الخاص على جعل المنتجات الصحيةً متاحة للأشخاصٍ ذوي الدخل المنخفض بأسعار مدعومة. وتباع كمنتجات، بدلاً من منحها مجاناً.
- توزيع الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات فقط في المناطق التي تستوطن فيها الملاريا.
- أشكال أخرى من السيطرة على مرض الملاريا مثل الرش الباقي داخل المباني، أو العلاج الافتراضي المتقطع عند النساء الحوامل، أو الأطفال الرضع.
- معالجة الملاريا باستخدام أدوية مختلفة مضادة للملاريا.

## أنواع التقييم الاقتصادي:

(الجدول 1.13) يلخص الأنواع المختلفة من دراسات التقييم الاقتصادي.

### تحليل عائد التكلفة:

تحليل التكلفة والعائد، هو وسيلة للتقييم الاقتصادي حيث تتم مقارنة القيمة النقدية للموارد المستهلكة من قبل الصحة (التكاليف) مع القيمة النقدية للنتائج (الفوائد) التي حققها التدخل. في حين يكمن معنى صالح في شيء جيد، وفي تحليل التكلفة والعائد تعني القيمة النقدية للنتائج التي حققها هذا التدخل. تحليل التكلفة والعائد يكون مناسباً عندما يكون صانع القرار يريد أن يعرف: هل سياسة التدخل واحد أو سياسة عدد من التدخلات جديرة بالتنفيذ (مثال: هل الفوائد أكثر من التكاليف؟) اثنين من مؤشرات التكلفة، والمنفعة الشائعة هي:

**(الجدول 1.13): أنواع التقييم الاقتصادي.**

| نوع التحليل | قياس / تقييم التكاليف لكل البدائل | تحديد العواقب | قياس/ تقييم العواقب |
|---|---|---|---|
| تحليل<br>ـ التكلفة<br>ـ العائد | الوحدات النقدية | تأثير واحد، أو متعدد، ليس بالضرورة اشتراكه لكل البدائل | الوحدات النقدية |
| تحليل فاعلية<br>ـ التكلفة | الوحدات النقدية | تأثير واحد من الفائدة، مشترك مع كل البدائل، ولكن يتحقق بدرجات مختلفة | وحدات طبيعية (مثال: سنوات الحياة المكتسبة، نقاط خفض ضغط الدم، إلى آخره..) |
| تحليل فائدة ـ التكلفة | الوحدات النقدية | تأثير واحد أو متعدد، ليس بالضرورة اشتراكه لكل البدائل | السنوات الصحية (تقاس عادة بنوعية سنوات العمر المعدلة) |
| تحليل التكلفة | الوحدات النقدية | لا شيء | لا شيء |

- صافي القيمة الحالية: وهذه النتيجة يتم التعبير عنها برقم واحد مع وحدات نقدية.
- نسبة الفوائد، والتكاليف: وهذه النتيجة يتم التعبير عنها بنسبة الفوائد إلى التكاليف.

صافي القيمة الحالية يتم احتساب صافي القيمة الحالية عن طريق طرح تكلفة هذا التدخل من فوائدها، وعندما تكون الفائدة أكبر من التكاليف، فإن الفائدة الصافية سوف تكون أكبر من الصفر. وهذا يقول إن قيمة النتائج تستحق أكثر من قيمة الموارد المستخدمة من قبل التدخل، وبالتالي فإن التدخل جدير بالاهتمام.

طريقة أخرى للمقارنة بين التكاليف، والمنافع (عن طريق نسبة الفوائد، والتكاليف). هذه ببساطة الفوائد مقسومة على التكاليف، وكلما ارتفعت نسبة الفوائد، والتكاليف، لكون التدخل جدير بالاهتمام، وبعض هذه التدخلات تكون في الواقع موفرة للتكاليف، وبعبارة أخرى، فإن تنفيذها يساعد على توفير المال للخدمات الصحية، أو للمجتمع ككل.

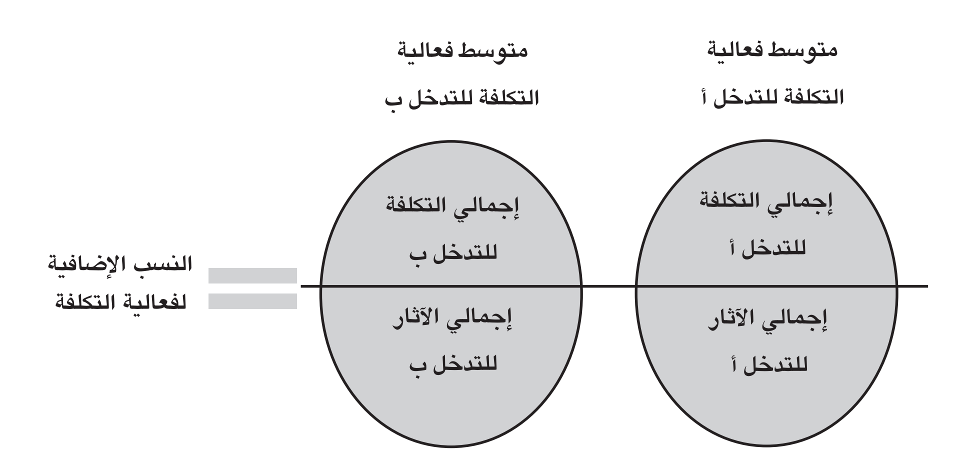
من وجهة نظر المجتمع، بما أن صافي الفوائد أكبر من الصفر، أو أن المنافع تتجاوز التكاليف (نسبة الفوائد، والتكاليف أكبر من 1)، فإنه ينبغي تنفيذ التدخل. في الوقت الراهن، من المهم أن ندرك أن الاستئناف الأكبر لتحليل التكاليف، والعائد تكمن حقيقته في أنه يمكن استخدامه لمقارنة تدخلات مع مجموعة من نتائج مختلفة، وهذه التدخلات يمكن ربطها بقطاعات مختلفة من الاقتصاد. عملياً، ومع ذلك، فإن التقييم النقدي للمنافع في تحليل التكلفة والعائد أمر صعب، ووضع قيمة على حياة، وصحة الإنسان سيكون من الصعب للغاية. وصانعوا القرار يمكنهم أيضاً العثور على مبلغ واحد يمثل التكاليف والفوائد لبرنامج لا يمكن اختراقه قلقاً (Fox-Rushby and Cairns 2005).

## تحليل فعالية التكلفة:

تحليل فعالية التكلفة هو الشكل الأكثر شيوعاً للتقييم الاقتصادي في القطاع الصحي. في إطار هذا الأسلوب، قيمة الموارد المنفقة على التدخل تقارن مع كمية الصحة المكتسبة نتيجة لذلك، وعلى عكس تحليل التكلفة، والعائد، الذي يقارن بين التكاليف النقدية مع النتائج النقدية، تحليل التكلفة، والعائد يقارن تكلفة هذا التدخل مع نتائج التدخلات الصحية.

عادة ما يتم التعبير عن فعالية التكلفة كنسبة من التكاليف مقسوماً على النتائج الصحية. ونسبة *فعالية التكلفة* للتدخل الواحد يمكن مقارنتها مع تلك من آخر. نسبة فعالية التكلفة عادة ما تأتي في شكل نسب متوسط فعالية التكاليف، أو النسب الإضافية لفعالية التكلفة نسب متوسط فعالية التكاليف تتعلق بتدخل واحد حينما تقوم نسبة فعالية التكاليف الإضافية بمقارنة نسبة التكلفة، والتأثير. متوسط نسب فعالية التكاليف هي نسبة الفرق في التكلفة بين بديلين إلى الفرق في الفاعلية بين البديلين نفسهما. وهذان النوعان من نسبة فعالية التكلفة مبين في (الشكل 3.13).

حيث كانت التدخلات مستقلة (التكاليف والتأثير لتدخل واحد تتأثر بإدخال تدخل آخر (أو تدخلات)، ثم يمكن حساب نسب فعالية التكلفة لكل تدخل وتصنيفها لإعطاء تلك التي لها أقل (ACER) أولوية أعلى. ومع ذلك، فإن التدخلات في كثير من الأحيان لا يستبعد بعضها بعضا، على سبيل المثال المقارنة بين نوعين من الاختبارات لتشخيص الملاريا. وفي هذه الحالة فنحن بحاجة إلى معرفة ما هي المزايا الإضافية التي يمكن الحصول عليها من التدخل الجديد وعند أي تكلفة إضافية. وهنا يأتى دور النسب الإضافية لفعالية التكلفة (ICERs). وسوف نعود إلى نسبة فعالية التكلفة (CER) في الفصل 16.




**(الشكل 3.13): التقييم الاقتصادي المقارن.**

***Source:* (Fox - Rushby and Cairns 2005).**

وقد طبقت تحليل فعالية التكلفة (CEA) في العديد من الأنواع المختلفة من التدخلات الصحية، ونتائجها ـ وعلى سبيل المثال فإن التكلفة لكل سنة من سنوات العمر ـ في كثير من الأحيان تفسر بسهولة من قبل المخططين، وصانعي السياسات، ومع ذلك، واحداً من القيود الرئيسية لتحليل فاعلية التكلفة هو أن يقتصر على مقارنات للتدخلات التي لديها وحدة مشتركة واحدة من التأثير.

## تحليل فائدة التكلفة:

تحليل فائدة التكلفة هو أوسع شكل من أشكال التحليل أكثر من تحليل فاعلية التكلفة لكن يعتبر كبديل من النهج العام (Drummond et al.2005)، ولهذا السبب غالباً ما يتم مناقشتها تحت عنوان تحليل فعالية التكاليف. باستخدام تحليل فاعلية التكلفة، يمكن للمرء أن يقيِّم جودة ما، على سبيل المثال، سنوات العمر المكتسبة، وليس فقط عدد السنوات التي يعيشها خاصة في مجال الصحة. يفيد هذا خاصة في تلك التدخلات التي تمتد عبر الحياة، ولكن على حساب الآثار الجانبية (مثال: علاج أنواع معينة من السرطان). المقياس الأكثر شيوعاً فى نتائج تحليل فائدة التكلفة هي جودة سنة الحياة المعدلة، وكذلك عجز سنة الحياة المعدلة.

تحليل فائدة التكلفة قد وضعت لمعالجة مشكلة تحليل فعالية التكلفة العادي، والتي لا تسمح لصانعي القرار بمقارنة قيمة التدخلات للمشاكل الصحية المختلفة. في حين أن هذا هو مصدر قوة واضح للنهج، وشكك بعضهم في قدرة تحليل فائدة التكلفة لاستيعاب كل الخصائص المرتبطة بقيمة التدخل. على سبيل المثال، عجز سنة الحياة المعدلة لا تستوعب الاختلافات في خصائص عملية التدخلات (مثال الاحترام، الاستقلالية، توفير المعلومات، إلخ)، رغم وجود أدلة قوية على أن المرضى يربطون القيمة بهذا (Mooney 1994; Howard et al. 2008).

## تحليل التكلفة أو تحليل التكلفة المخفض:

تحليل التكلفة المخفض هو مجموعة فرعية على نطاق ضيق من تحليل فعالية التكلفة. وهو يستخدم فى قياس، ومقارنة تكاليف المدخلات من خلال البدائل حيث هناك أدلة جيدة بأن النتائج تكون متطابقة، وبالتالي فإن أنواع التدخلات التي من الممكن تقييمها بهذه الطريقة تكون بالأحرى محدودة.

## نشاط 3.13:

الآن أصبح لديك الفهم للأنواع الأساسية التقييم الاقتصادي. ومن المهم أيضاً تعلُّم كيف أن تلك التقنيات من الممكن أن تستخدم لمواجهة المسائل المتعلِّقة بالسياسات. ولكل سؤال من السياسات المدرجة بالأسفل، عرف أي نوع من التقييم الاقتصادي سيكون أنسب للاستخدام مع توضيح السبب. فكرة هذا التمرين مستوحاة من أنشطة متشابهة مستخدمة من قبل فوكس رشبى وكارينس(Fox - Rushby and Cairns) (2005).

1. وزراة المالية تود معرفة ما إذا كان الأمر يستحق استثمار مزيد من الموارد لمكافحة الملاريا أو في بناء مدارس ابتدائية جديدة.
2. وزارة الصحة تود مقارنة تكاليف تلقي المضادات الحيوية عن طريق الوريد في المستشفيات مع تلقي المضادات الحيوية نفسها (والجرعة نفسها) في المنزل من خلال خدمة الرعاية الصحية المنزلية.
3. وزارة الصحة تود مقارنة التكاليف، والنتائج لاثنين من التدخلات لمعالجة المراحل الأولية من سرطان الثدي، أو استئصال الثدي دون إعادة بنائه مقارنة بالجراحة المحافظة للثدي، والعلاج الإشعاعي (المحافظة على الثدي).
4. برنامج معالجة الملاريا يود استخدام التقييم الاقتصادي لمقارنة اثنين من سياسات التشخيص المختلفة لمعالجة الملاريا؛ مجهرياً، واختبارات التشخيص السريع.

## التغذية الراجعة:

1. (تحليل التكاليف، والعائد)، حيث إننا نتعامل مع حجم الميزانية، ومقارنة التدخلات عبر مختلف قطاعات الاقتصاد.
2. (تحليل التكلفة المنخفض)، حيث النتائج ينبغى أن تكون متشابهة.
3. (تحليل فائدة التكلفة)، حيث من المحتمل أن تكون هناك اختلافات في معدلات الوفيات والمراضة.
4. (تحليل فعالية التكلفة)، حيث إنه من المحتمل أن تكون هناك وحدة مشتركة من التأثير ـ مثال: التكلفة كل حالة مكتشفة.

## الكفاءة والتقييم الاقتصادي:

من المهم أن ندرك أن التقييم الاقتصادي *ليس* فقط اختيار الخيار الأرخص. وفقاً لماينارد (1987)، فإن متابعة الممارسات الفعالة ليست مجرد خفض التكاليف. إذا كان كذلك، فإن معظم الممارسات الفعالة لا تفعل شيئاً كما أنه يدفع التكاليف إلى نقطة الصفر.

يمكن استخدام الأشكال الرئيسية للتقييم الاقتصادي لمتابعة نوعين من الكفاءة: الاقتصادية، والتخصصية، وقد تعلمنا في الفصل 7 أن الكفاءة الاقتصادية تساهم في تقدير القيمة النسبية للمال من التدخلات مع نتائج قابلة للمقارنة مباشرة. بعبارة أخرى، فإن الكفاءة الاقتصادية تختص بما هي الطريقة الأقل تكلفة *لتحقيق* هدف معين؟، والكفاءة التخصصية توصف الحالة حيث يتم تخصيص الموارد، والسلع التي تتوزع بالطريقة التي تحقق أقصى قدر من الرعاية الاجتماعية، والكفاءة التخصصية تحكم ما إذا كان الهدف نفسه من المجدي متابعته. وهذا يتطلب منا أن نلقي «منظور المجتمع»، والنظر في التكاليف، والفوائد داخل، وخارج القطاع الصحي.

تقوم تحليل فعالية التكلفة وتحليل فائدة التكلفة وتحليل فائدة التكلفة على إنتاج نهج وظيفي (انظر الفصل 5)، والذي يركز على الطريق الأقل تكلفة لإنتاج سلعة سواء كان سيارة، أو استبدال مفصل الورك. هذه التقنيات تحسب نسبة المساهمة في الدخل، أو الناتج (أو العكس) مع مدخلات قيمة من الناحية النقدية، وبالتالي على قدر من الكفاءة الاقتصادية. تحليل فعالية التكلفة يعتبر المقياس الوحيد للفعالية، وكنتيجة فإنه فى كثير من الأحيان يحذف فوائد، وتكاليف اجتماعية مهمة.

يمكن استخدام تحليل التكلفة، والعائد لقياس كل من الأسئلة الخاصة بالكفاءة الإقتصادية، والتخصصية، ويمكن قياسها، سواء داخل قطاع الرعاية الصحية، أو في قطاعات أخرى من الاقتصاد من حيث المبدأ لأن ذلك يقيم جميع التكاليف ذات الصلة، والفوائد التي تنتج عن هذا التدخل. بينما من الناحية النظرية فإن هذا يوفر النموذج الأكثر شمولية للتقييم الاقتصادي، وقد اقتصر استخدامه في القطاع الصحي إلى حد كبير بسبب المشكلات العملية من قياس، وتقييم هذه الفوائد. إضافة إلى الكفاءة الاقتصادية والتخصصية، فإن تحليل التكاليف، والعائد يستند على تحسين رفاهية باريتو، وبعبارة أخرى، فإن الهدف من تحليل التكلفة، والعائد هو توفير إطار عمل لتقييم قدرة هذا التدخل، أو سياسة لتقديم تحسن باريتو (انظر الفصل 7 للحصول على تفسير عن كفاءة باريتو).

## مراحل التقييم الاقتصادي :

هناك أربع خطوات واسعة تأخذ في الاعتبار لإجراء تقييم اقتصادي:

- تحديد مشكلة القرار (المعروف أيضاً باسم «وضع التقييم في إطار»).
- تحديد، وقياس، وتقييم الموارد اللازمة.
- تحديد، وقياس، وتقييم العواقب الصحية.
- تقديم، وتفسير الأدلة اللازمة لاتخاذ القرارات.

سوف تتعلم عن الخطوة الثانية في الفصل التالي، والخطوة الثالثة في الفصل 15 والخطوة الرابعة في الفصل 16. في الوقت الحالي سوف نركز على تحديد مشكلة القرار.

## تحديد مشكلة اتخاذ القرار:

عند تحديد مشكلة اتخاذ القرار سوف تحتاج إلى تضمين بيانات واضحة عن الغرض من التقييم، والجمهور المستهدف، والإطار الزمني، والمنظور، والتدخلات للمقارنة.

### الهدف:

من المهم أن يكون واضحاً جداً حول *لماذا* يتم إجراء التقييم الاقتصادي، وبيان الغرض ينبغي أن يتضمن المعلومات التالية:

- التدخل (التدخلات).
- المشكلة الصحية التي يتناولها التدخل.
- سبب إجراء التقييم، وأهميته.
- وحدات التحليل.

وفيما يتعلق بالنقطة الأخيرة، فإننا نريد تحليلاً يكون ذا تأثير على السياسة العامة، ولذلك فمن المهم أن النتائج يجب أن تكون سهلة التواصل من حيث إن كليهما مفيد، ومفهوم للجمهور المستهدف. الناس تريد أن تعرف عن ما سيحصلون عليه من أموالهم، وهذا يكون أكثر سهولة للتواصل عندما يتم تبسيط التكاليف، والنتائج إلى وحدات يمكن للناس أن يفهموها .

## الحضور:

والحضور الرئيسي ينبغي أن يكون لأولئك الذين يحاولون استخدام المعلومات.

## نشاط 4.13:

يمكنك تحديد ما هي المجموعات التي قد تستخدم نتائج التقييم الاقتصادي في عملية صنع القرار الخاص بهم؟

## التغذية الراجعة:

والحضور ينبغي أن يشتمل على الآتي:

- الحكومة (على سبيل المثال: وزارة الصحة).
- المنظمات الصحية الدولية (مثل منظمة الصحة العالمية).
- بنوك التنمية متعددة الأطراف (مثل البنك الدولي).
- وكالات المعونة الثنائية (على سبيل المثال السويدية للوكالة الدولية لـ).
- المنظمات غير الحكومية (على سبيل المثال منظمة أوكسفام).
- شركات الأدوية.
- الشركات الصحية العالمية (الصندوق العالمي على سبيل المثال).
- التأييد، أو الجماعات ذات الاهتمام الخاص (مثل جماعات الدعوة لمكافحة التبغ).

سيكون للحضور تأثير هام على وجهة نظر التحليل، وهذا بدوره يجري مقارنة للخيارات المختلفة، والتقييم الاقتصادي يهدف إلى إبلاغ الجهات المانحة الدولية الكبيرة، مثل البنك الدولي، حول توسيع نطاق الفعالية، والتكلفة لمكافحة الملاريا في منطقة أفريقيا، وستكون مختلفة عن التقييم الذي تقوم به إحدى المنظمات غير الحكومية التي ترغب بمقارنة آليات تقديم الرعاية السابقة للولادة للمرأة التي تعيش في منطقة نائية في نيبال، والاختلافات الرئيسية تكمن في طريقة عرض النتائج، وأنواع التكاليف، والآثار التي تؤخذ في الاعتبار، ونحن سنعود للنقطة الأخيرة في إطار وجهات النظر.

## الإطار الزمني:

تحمل التدخلات في كثير من الأحيان أنماطاً زمنية مختلفة في تكاليفها، ونتائجها، حيث إن التكاليف والنتائج تنتشر عادة بمرور الوقت (غالباً لعدد من السنوات)، وكثيراً، التكاليف، والنتائج تتغير مع مرور الوقت. فمن الشائع جداً أن يتم تكبد تكاليف التدخل في البداية، في حين أن الفوائد تحدث في المستقبل البعيد ـ على سبيل المثال سيكون برنامج التحصين لالتهاب الكبدي الوبائي (ب). ولتحليل التكلفة يجب أن يؤخذ في الاعتبار مدة التدخلات، والنتائج بشكل منفصل، وضبطها للتغييرات الحادثة بمرور الزمن. *والخصومات* هو إجراء المستخدم من قبل الاقتصاديين لربط التكاليف، والنتائج التي تحدث في أوقات مختلفة على أساس مشترك، وسوف نتعلم المزيد عن هذه التقنية في الفصل التالي.

ولفهم لماذا، وكيف تختلف تكاليف التدخل، فكّر في تقسيم التدخل إلى تكاليف بدء التشغيل (تلك المطلوبة لإعداد تدخلات)، وتكاليف الصيانة (تلك اللازمة للحفاظ على الحال). وإذا كنت قد قمت بتحليل التكاليف عند البدء في التدخل، فإنه سيكون من الخطأ أن نفترض أن تكاليف بدء التشغيل (مثل بناء عيادة جديدة) تكون متمثلة في التكاليف التي سوف تتحملها في سنوات لاحقة، وعلى العكس، إذا كنت قد بدأت بتحليل التكاليف بعد البدء بالتدخل، فإنه لا يمكن افتراض أن كل شيء وضع في بداية المشروع لم يعد يجب أن يدفع، وبالتالي فإن قيمته ستكون صفراً.

## وجهات نظر: ماهي تكاليفها، ونتائجها؟

من المهم أن ندرك أن التدخلات الصحية كثيراً ما يكون لديها التكاليف، والنتائج التي تؤثر على أجزاء مختلفة من المجتمع المنظور، أو وجهة النظر هو بمثابة العدسة التي من خلالها يتم فحص التكاليف، والعواقب، والتي من الممكن أن تكون واسعة، أو ضيقة. وجهات النظر شائعة الاستخدام تشتمل على ما يلي:

- *المجتمعي* ـ أوسع وجهة نظر ممكنة هي التي تأخذ في الاعتبار جميع التكاليف وجميع نتائج التدخل في مجال الصحة، بغض النظر عمّن يتحمل، أو الذين يكسبون منهم، والمنظور المجتمعي يتطلب مجموعة واسعة من البيانات الجزئية والكلية، وسيكون من المستبعد جداً التصدي لحضور محدد.
- *النظام الصحي* ـ ومن الواضح أن أضيق وجهة نظر، هي التي تشتمل على التكاليف التي تتحملها، والنتائج الواردة للقطاع الصحي.

التفكير بشكل صحيح من خلال المنظور يمكن أن يوفر كميات كبيرة من الوقت والجهد في أداء التحليل لأنه، اعتماداً على المنظور المتخذ، فإن بعض التكاليف، والنتائج التي من الصعب قياسها قد لا تؤخذ في عين الاعتبار.

أبسط مثال على ذلك هو النفقات للدواء. إذا كان المريض يجب أن يدفع 100 % من تكلفة الدواء، ثم أن التكلفة قد لا تكون مهمة بالنسبة للخدمات الصحية. ومن ناحية أخرى، فإذا كان النظام الصحي يجب أن يتحمل جميع تكاليف الدواء، فإن هذا سوف يقلص بشكل مباشر الأموال المتاحة للتدخلات الأخرى، والنظام الصحي قد يكون مهتم جداً بتكاليف الأدوية ـ كما سوف يظهر في المثال أدناه.

**هل ينبغي توفير الأدوية باهظة الثمن مجاناً؟**

باعتبار المرض الذي يكون فيه معالجة دوائية، ولكن الأدوية غالية جداً ـ على سبيل المثال فإن تكلفتها تترواح من 10،000 جنيه إلى 12،000 جنيه في السنة لكل مريض. مجموعات المواطنين الذين يمثلون أولئك المصابين بهذا المرض ومطالبتهم لوزارة الصحة بتوفير هذا الدواء مجاناً لجميع المصابين بهذا المرض. والآن بالأخذ في الاعتبار اثنين من المنظورين المتناقضين: أحدهما الخاص بالوزارة والآخر الخاص بمجموعة من المواطنين.

من وجهة نظر الوزارة، فإن توفير هذا العقار في الحقيقة سوف يساعد المرضى بهذا المرض، ولكن تكلفة الفرصة لهذه الأدوية مهم من حيث ما يمكن أن يقدم لمرضى آخرين، والميزانية محدودة ـ فما هو أفضل استخدام للموارد المتاحة؟

على العكس، فإن مجموعة المواطنين سوف تركز على التأثير الإيجابي للدواء الذي من المحتمل أن يكون على الناس من تأثير الدواء، وأنهم سيكونوا قادرين على أن يعيشوا حياة أكثر طبيعية ذات جودة أعلى، يؤدوا واجباتهم المنزلية ويظلوا أعضاء منتجين في المجتمع، وسوف تقل حاجتهم لاستخدام الخدمات الصحية أي فترة معينة من الزمن، وفي المقابل، إذا كانوا لا يحصلون على الدواء قد لا يكونوا قادرين على العمل، وبالتالي لن يكونوا قادرين على إعالة أنفسهم، أو عائلاتهم مالياً. ومن هذا المنطلق، فإن توفير الدواء يخفف العبء عن كاهل الأسرة، والمجتمع.

يبدو ذلك واضحاً من المثال أعلاه بأن المنظور الذي ستختاره سيُمْلي عليك كيفية النظر إلى التكاليف، والنتائج.

## تحديد التدخلات / خيارات المقارنة:

ينبغي أن تدرج جميع التدخلات ذات الصلة المباشرة بالمشكلة الصحية التي يجري تقييمها في التحليل. تحتاج التدخلات أن توصف في تفاصيل كافية، والتي تسمح بتحديد التكاليف، والنتائج ذات الصلة. بالنسبة للتكاليف، فهذا يعني التساؤل عمن يفعل ماذا، ولمن، وأين، وكم مرة (Drummond et al. 2005). بالنسبة للنتائج، أو العواقب، فمن المهم فحص ما هو قابل للقياس، وبالتالي كيف يمكن أن تقييمهم (Fox-Rushby and Cairns 2005). كما قد تعلمت، فإن اختيار النتائج سيحدد نوع التقييم الاقتصادي المأخوذ به على سبيل المثال: تحليل التكلفة، والعائد، وتحليل فائدة التكلفة، وتحليل فعالية التكلفة.

## تحليل الحساسية:

من المهم لكل مرحلة من مراحل التقييم الاقتصادي توثيق أي فرضيات سابقة.من الآن سوف تدرك بأن أي إجراء تقويم اقتصادي يعد بعيداً عن العلم الصحيح. حيث تثار الكثير من الأسئلة الصعبة التي لا يكون لها دائماً إجابات واضحة، والتي تتطلب العديد من الإجراءات لتقدير التكاليف، والأرباح تقديرات للبيانات، والتفضيلات التي ليست معروفة على وجه اليقين، وعلى سبيل المثال، فإن المهن الطبية ليست على ثقة كاملة من قيمة التدابير الوقائية، ويمكن أن تتغير رؤيتهم مع ظهور أدلة جديدة. هناك أيضاً نزعات إلى أن يكون هناك تكهنات تؤخذ في الاعتبار حول تكاليف الأدوية في المستقبل. *تحليل الحساسية* هو عملية مختلفة عن عمد لتنوع هذه العوامل غير المؤكدة لفحص تأثيرها على النتائج التي توصلت إليها الدراسة، وهذا النوع من الافتراضات يجب أن يتم اختباره في إطار المرحلة النهائية من التقييم الاقتصادي [عرض، وتفسير الأدلة (نوقشت في الفصل 16)].

## الملخص:

لقد تعلمت في هذا الفصل أن التقييم الاقتصادي يولد معلومات عن الكفاءة في غير حالات السوق من خلال مقارنة تكاليف، ونتائج البدائل، وهناك ثلاثة أشكال رئيسية من التقييم الاقتصادي (تحليل التكلفة، والعائد، تحليل فائدة التكلفة، تحليل فعالية التكلفة) وهذه هي الطريقة التي يتم بها التعبير عن النتائج التي تميزها. تحت

تحليل التكلفة، والعائد يتم بها التعبير عن النتائج من الناحية النقدية، في إطار تحليل التكلفة، والعائد يعبر عنها في الآثار الصحية مثل حفظ سنوات العمر وتحليل فائدة التكلفة يمكن التقاط تأثيرات متعددة تحت تدابير مثل عجز سنة الحياة المعدلة. إنشاء الغرض، والجمهور، والمنظور، والإطار الزمني، والتدخلات للمقارنة كلها خطوات أولى مهمة في التقييم الاقتصادي بغض النظر عن نوع من يستخدم الأداة.



# الفصل الرابع عشر

## حساب التكاليف

## Counting the costs

### نظرة عامة:

في الفصل الثالث عشر، تعلمت أن هناك ثلاث خطوات في تحديد تكلفة التدخل، بمجرد تحديد مشكلة اتخاذ القرار: تحديد الموارد اللازمة، وتحديد كمية كل مورد، وتقييم كل مصدر، وفي هذا الفصل سوف نركز على الخطوة الثالثة: سوف تتعلم عن تحديد وحساب التكاليف، ومقارنتها، والمعروفة باسم تحليل التكاليف. على وجه الخصوص، سوف تتعلم عن التكاليف الحدية (الهامشية) ـ تكلفة تزويد وحدة واحدة إضافية من الخدمة.

### الأهداف التعليمية:

بعد العمل خلال هذا الفصل، سوف تكون قادراً على:

- تحديد وتقييم تحليل التكاليف.
- تحديد، وإعطاء أمثلة عن التكاليف المالية، والاقتصادية.
- تحديد، وإعطاء أمثلة من التكاليف الأساسية، والمتكررة، والتكاليف الثابتة والمتغيّرة.
- حساب التالي من حيث صلتها بالتدخل: التكاليف الكلية، والتكاليف السنوية، متوسط التكاليف، والتكاليف الهامشية.
- تفسير لماذا ربما يكون الخصم ضرورياً؟

## المصطلحات الأساسية:

**التكلفة السنوية:** تكلفة التدخل، محسوبة على أساس سنوي، بما في ذلك جميع تكاليف رأس المال المتكررة.

**التكاليف السنوية:** حصة سنوية من التكلفة الأولية للمعدات الأساسية أو الإستثمارات، موزعة على عمر المشروع ـ تعدل عادة لمراعاة الإستهلاك.

**متوسط التكلفة:** التكلفة الإجمالية مقسومة على الكمية .

**تكلفة رأس المال:** قيمة موارد رأس المال التي لها أعمار إنتاجية أكبر من سنة واحدة.

**التكلفة المباشرة:** الموارد المستخدمة في تصميم واستلام، وتنفيذ واستمرار الرعاية الصحية للتدخل .

**معدل الخصم:** المعدل الذي يتم خصم التكاليف المستقبلية، والنتائج لمراعاة تفضيل الوقت.

**الخصم:** طريقة لتعديل قيمة التكاليف، والنتائج التي تحدث في فترات زمنية مختلفة داخل فترة زمنية مشترك، عادة في الحاضر.

**التكلفة المالية (الميزانية):** حساب التكاليف لسلعة، أو خدمة، ويمثل عادة المبلغ المدفوع فعلياً ـ تختلف عن التكلفة الاقتصادية .

**التكلفة غير المباشرة.** قيمة الموارد المنفقة من قبل المرضى، ومقدمي الرعاية لهم لتمكين الأفراد من الحصول على التدخل.

**التكلفة غير الملموسة:** تكاليف عدم الراحة والقلق، والألم، أو الإزعاج.

**التكلفة الهامشية:** التغير في التكلفة الإجمالية إذا تم إنتاج وحدة واحدة إضافية من الناتج .

**تكلفة النفقات العامة:** التكلفة التي لا تحدث مباشرة من توفير الرعاية للمرضى، ولكنها ضرورية لدعم التنظيم العام (مثل الموظفين).

**التكلفة المتكررة:** قيمة الموارد ذات الأعمار الإنتاجية أقل من سنة واحدة التي يجب أن يكون شراؤها على الأقل مرة واحدة في السنة.

**ظل السعر:** الثمن الحقيقي للسلعة الاقتصادية التي تعكس قيمته في المجتمع.

**أفضلية الوقت:** تفضيل الناس للاستهلاك (أو إستخدام الموارد) عاجلاً وليس آجلاً لأنهم يقدرون الاستهلاك الحالي أكثر من الإستهلاك نفسه في المستقبل.

**التكلفة الكلية (الاقتصادية):** مجموع جميع التكاليف لتدخل أو مشكلة صحية.

## حساب التكلفة ـ ليس سهلاً كما يبدو:

من المهم أن نعرف تكلفة شراء الأشياء التي في القطاع الصحي. في كل مرة يتم اتخاذ قرار لتنفيذ تدخل واحد بدلاً من آخر، فإنه هو نفسه اتخاذ قرار الشراء. تصبح تكلفة التدخل جزء مهم جداً من قرار استخدام تدخل دون آخر، ولكن ليس من السهل معرفة تكلفة التدخل في كثير من الأحيان، نحتاج أولاً إلى إنشاء قائمة التكاليف على أساس وصف واضح للتدخل، وتحديد الموارد المستخدمة وتنظيمها وفقاً لنوع من الموارد. ثم تقييم، وحساب التكاليف، وأخيراً سوف تحتاج إلى إجراء تحليل الحساسية، أو (عدم الاستقرار)، وسيأخذك هذا الفصل خلال قضايا لتأخذها في الاعتبار فى كل خطوة.

قدم دروموند، وآخرون (Drummond et al.) (2005) قائمة من الأسئلة التي تحتاج إلى إجابة عند تحديد التدخلات، واقترحوا لتحديد التكاليف فإن عليك أن تسأل:

- من هم الأشخاص الذين يقدمون الرعاية (على سبيل المثال الأطباء، والممرضات والعاملين الصحيين في القرى، والمتطوعين، وغيرها)؟
- ما هي الأنشطة المختلفة للتدخل (مثل التدريب، وتوزيع الأدوية، وغيرها)؟
- لمن يوجه التدخل (مثل الفئات العمرية المختلفة، والمجموعات الإجتماعية، والاقتصادية، والجماعات العرقية أو الجنس)؟
- أين يتم تلقي كل جزء من التدخل (مثل مرضى العيادات الداخلية، والرعاية الخارجية)؟

- كم طول مدة التدخل (مثل برنامج إنقاص الوزن لمدة ستة أشهر مقابل الوقاية من ڤيروس نقص المناعة المكتسبة من خلال مراقبة السلوك الجنسي خلال فترة 10 سنوات)؟، وكيف في كثير من الأحيان يتم رؤية الأفراد، أو السكان (مثل فحوص ما قبل الولادة شهرياً)؟

بمجرد تحديد التدخل، وتحديد الموارد (كما هو موضح في الفصل 13) ننتقل إلى تقييم تلك الموارد لتوليد التكاليف. عندما يتحدث الاقتصاديون عن التكاليف، فإنهم يشيرون إلى تكلفة الفرصة لإنتاج سلعة، أو في هذه الحالة، خدمات صحية. السعر في الأسواق التنافسية تماماً يعادل تكلفة الفرصة (تذكر أنك تعلمت في الفصل 6 أن منحنى العرض يعادل منحنى التكلفة الهامشية)، ونتيجة لذلك كثيراً ما يستخدم السعر نيابة عن التكاليف. إذا كانت هذه هي الحالة، بمجرد أن تعرف كمية الموارد اللازمة، فتبدو التكلفة سهلة: العديد من أنواع الموارد لها سعر يمكن الحصول عليه بسهولة، ومع ذلك، نظراً إلى أن معظم الأسواق غير التنافسية تماماً، قد لا يكون السعر بديلاً جيداً، وبالتفكير في المصدر الذي يعد ندرة عند بعض الناس ـ كيف يمكن تقييم الوقت عند الأفراد؟، أو فرق الأسعار للسلع التي تشترى من السوق السوداء مقارنة بالتي تباع في القنوات الرسمية؟ بالإضافة إلى أن سعر المورد ربما لا يكون متوفراً بسهولة، وربما لا يكون هناك سجلات حول ما تم دفعه، أو تم الشراء منذ فترة طويلة، وانخفضت القيمة للموارد، أو ربما لا توجد معلومات كافية للأشخاص الذين اشتروا المورد. هذا يعني أن التكلفة تتطلب كل من المهارة، والحكم نيابة عن الخبير الاقتصادي في تقييم، أو تقدير السعر.

## التكلفة المالية، والاقتصادية:

دعونا ننظر في الحالات التي يكون فيها السعر متاح، لكنه لا يعكس القيمة الحقيقية للموارد في المجتمع. فإذا تم التبرع بالمورد، فإن الثمن المدفوع هو صفر ولكن قيمة المعدات لا تساوي الصفر، وبالمثل، فإن الضرائب، أو الإعانات التي تؤدي إلى أن الثمن المدفوع لمورد تختلف عن تكلفة فرصته، وتذكر أن تكلفة الفرصة البديلة هو مستوى المنفعة التي نتلقاها من أفضل خيار تالي بديل. عند تقييم الموارد يستخدم الإقتصاديين هذا التعريف للحصول على قيمة الموارد للمجتمع. حيث لا يعكس السعر تكلفة الفرصة، وتقدر قيمة المدخلات باستخدام *ظل السعر*، الأمر الذي يعكس القيمة الحقيقية للمجتمع. ويشار أيضاً إلى تكاليف الفرصة البديلة *بالتكاليف الاقتصادية*. ويتم استخدامها في *التقييم الاقتصادي*، وتوزن البدائل في تقديم الخدمات الصحية.

وتعرف *التكاليف المالية* بالأموال الفعلية التي تنفق على الموارد، ويتم استخدامها في تخطيط البرامج، والميزانية، ويجب أن تنشىء إيرادات لتغطية هذه النفقات المالية ليستمر البرنامج. أمثلة على التكاليف المالية تشمل الثمن المدفوع للوازم، والصيانة، والموظفين، والكهرباء، والإيجار. فإن النشاط التالي يعطيك فكرة عن سبب أهمية التمييز بين التكاليف المالية، والاقتصادية.

## نشاط 1.14:

أنت بصدد تحديد تكاليف مشروع للرعاية الصحية الأولية، وتم طرح جميع أسعار الموارد التي تشمل اللقاحات المستوردة من مصدر محلي مطلع، تجد أن الأسعار الرسمية لبعض الموارد لا تعكس قيمتها الحقيقية، وعلى وجه التحديد، يتم إعطاءك هذه المعلومات التالية (Creese and Parker 1994):

- الأجور التي تدفع فى القطاع الخاص للممرضات، ومساعدي المرضات هي على التوالي 1350 دولار و1.050 دولار.
- يتم دفع الحد الأدنى للأجور الوطنية، للسائق ولكن في القطاع غير الرسمي، تُدفع للسائقين 300 دولار فقط؛
- على الرغم من أن المشروع قادر على شراء الوقود بأسعار رسمية، فإن هناك دائماً نقص في الوقود، وفي السوق السوداء يكون الثمن هو أربعة أضعاف السعر الرسمي؛
- سعر الصرف الرسمي هو 50 شلن = I دولار أمريكي، ولكن في السوق السوداء متوسط سعر الصرف هو 250 شلن؛
- المساحة التي تعطى مجاناً، ويتم استئجاروها 300 دولار في السوق الخاص؛
- بعض نساء المجتمع تطوعوا بوقتهم – معظمهم من ربات البيوت، وكسبوا أموالاً إضافية من الطبخ للسوق، وعادة يكسبون حوالي 300 دولاراً أمريكياً في الشهر.

في (الجدول 1.14) ستجد أن التكاليف المالية محسوبة بالفعل. استخدم المعلومات؛ أعلاه، وإذا لزم الأمر، استخدم التكاليف المالية في الجدول لحساب التكاليف الاقتصادية في العمود الأخير. ما هو مجموعهم؟ ماهي البنود غالية الثمن؟ وما هي الموارد المسعرة بأقل من قيمتها من حيث تكاليفها المالية، وما هي الموارد غالية القيمة؟

**(الجدول 1.14): التكاليف المالية الشهرية لمشروع الرعاية الصحية الأولية محدد.**

| المصدر | التكلفة المالية (دولار أمريكي) | التكلفة الاقتصادية (دولار أمريكي) |
|---|---|---|
| الموظفون: | | |
| • الممرضة | 900 | |
| • مساعد الممرضة | 700 | |
| • السائق | 600 | |
| • مساعد المتطوع | 0 | |
| المصل | 5.000 | |
| وقود السيارة | 3.000 | |
| مساحة البناء | 0 | |
| التكلفة الكلية | | |

*Source*: Creese and Parker 1994

## التغذية الراجعة:

تحقق من التكاليف الاقتصادية التي حسبتها عن طريق مقارنتها مع تلك المبينة في (الجدول 2.14).

**(الجدول 2.14): التكاليف المالية والاقتصادية لمشروع الرعاية الصحية الأولية محدد (الحل).**

| المصدر | التكلفة المالية (دولار أمريكي) | التكلفة الاقتصادية (دولار أمريكي) |
|---|---|---|
| الموظفون | | |
| • الممرضة | 900 | 1.350 |
| • مساعد الممرضة | 700 | 1.050 |
| • السائق | 600 | 300 |
| • مساعد المتطوع | 0 | 300 |
| المصل | 5.000 | 25.000 |
| وقود السيارة | 3.000 | 12.000 |
| مساحة البناء | 0 | 300 |
| التكلفة الكلية | 10.200 | 40.300 |

*Source*: Creese and Parker

يمكنك أن ترى أن القيمة الفعلية للاقتصاد والمجتمع في العديد من هذه الموارد أكبر من سعرها المالي ـ وخاصة في حالة موظفي التمريض، والذين يتقاضون مبالغ ضئيلة نسبياً بالمقارنة مع القطاع الخاص. السائق، على النقيض من ذلك، فإن أجرته عالية، وكذلك الوقود، واللقاحات مسعرة بأقل من قيمتها أيضاً مقارنة مع قيمة ندرتها في الاقتصاد.

## أنواع التكاليف:

### التكاليف المباشرة:

التكاليف المباشرة هي الموارد المستخدمة في تصميم، ووصول، وتنفيذ، أو استمرار التدخل (التدخلات) التي يجري تقييمها، وعادة ما تكون المحور الرئيسي لتحليل التكاليف. فهي تكاليف توفير، أو الحصول على الخدمات الصحية، ويمكن أن يتم تحمل عبئها من قبل المزود أو المريض. كلاهما يجب أن يدرج ما لم تملي الدراسة خلاف ذلك. التكاليف المباشرة يمكن أن تصنف من المزيد كتكاليف رعاية صحية مباشرة، وتكاليف الرعاية المباشرة غير الصحية.

- تكاليف الرعاية الصحية المباشرة هي تلك التكاليف الضرورية لاستلام، وتنفيذ واستمرار الخدمات الصحية. فهي الموارد التي تنفق على الرعاية الصحية؛
- تكاليف الرعاية غير الصحية المباشرة هي الموارد المستخدمة في الاتصال مع خدمات صحية، ولكنها ليست تكاليف القطاع الصحي، ومن الأمثلة على ذلك تكلفة النقل من وإلى منشأه، أو تقديم الطعام في المستشفيات.

## نشاط 2.14:

تخيل أن وزير الصحة قد اقترح بناء سبعة مراكز رعاية صحية أولية لتقليل الطلب على مستشفى محلي. في (الجدول 3.14) سوف نلاحظ قائمة الموارد المعرفة على أنها أساسية لهذا المشروع. ضع بالاعتبار الموارد المدرجة، وفي العمود الأيمن، دون ما إذا كان كل منها تكلفة رعاية صحية، أو تكلفة رعاية غير صحية.

**(الجدول 3.14): الموارد المستخدمة لإنشاء وتشغيل مراكز الرعاية الصحية الأولية السبعة الجديدة.**

| المصدر | نوع التكلفة |
|---|---|
| بناء سبعة مراكز رعاية صحية أولية | |
| تعليم الوالدين على كيفية منع تفاقم الربو | |
| معدات المختبرات لمراكز الرعاية الصحية الأولية | |
| الغذاء بينما يتم الانتظار في مراكز الرعاية الصحية الأولية | |
| تعليم مراكز الرعاية الصحية الأولية للحد من التدخين | |
| الرواتب لتدخلات الموظفين | |
| الصابون لغسيل الأيدي في الرعاية الصحية الأولية | |
| تدريب فرق مراكز الرعاية الصحية الأولية | |
| النقل لمراكز الرعاية الصحية الأولية | |
| المواصلات التي تحمل اللقاحات لمراكز الرعاية الصحية الأولية | |

## التغذية الراجعة:

تصنيف التكاليف سيدرج كما هو مبين في (الجدول 4.14).

## التكاليف غير المباشرة:

إضافة إلى التكاليف المباشرة، هناك موارد أخرى قد يتم استخدامها كنتيجة للتدخل الصحي. كما أن التكاليف غير المباشرة تشير إلى الموارد مثل الوقت الذي يستغرقه المريض للذهاب إلى المستشفى، بدلاً من العمل، وبالمثل، قد يضطر أفراد الأسرة الآخرين أيضاً إلى تغيير جداول أعمالهم لتولي بعض المهام للمريض، أو لمرافقة المريض في الحصول على الرعاية. كما يتم حساب وقت أفراد الأسرة الآخرين المستخدم لهذه الأسباب كتكلفة غير مباشرة.

عادة يتم قياس التكاليف غير المباشرة باستخدام الأجور، والأرباح المفقودة، ولو الأجور، والأرباح ليست متاحة، أو الشخص لا يعمل، يمكن استخدام طرق بديلة للعثور على قيمة وقتهم. سوف تقرأ المزيد من التقنيات المختلفة لتقييم وقت الناس في الفصل 15.

**(الجدول 4.14): تصنيف تكلفة الموارد المستخدمة في إنشاء وإدارة مراكز الرعاية الصحية الأولية السبعة الجديدة.**

| *المصدر* | *نوع التكلفة* |
|---|---|
| بناء سبعة مراكز رعاية صحية أولية | رعاية صحية مباشرة |
| تعليم الوالدين على كيفية منع تفاقم الربو | رعاية صحية مباشرة |
| معدات المختبرات لمراكز الرعاية الصحية الأولية | رعاية صحية مباشرة |
| الغذاء بينما يتم الانتظار في مراكز الرعاية الصحية الأولية | رعاية مباشرة غير مباشرة |
| تعليم مراكز الرعاية الصحية الأولية للحد من التدخين | رعاية صحية مباشرة |
| الرواتب لتدخلات الموظفين | رعاية صحية مباشرة |
| الصابون لغسيل الأيدي في مراكز الرعاية الصحية الأولية | رعاية صحية مباشرة |
| تدريب فرق مراكز الرعاية الصحية الأولية | رعاية صحية مباشرة |
| النقل لمراكز الرعاية الصحية الأولية | رعاية مباشرة غير مباشرة |
| المواصلات التي تحمل اللقاحات لمراكز الرعاية الصحية الأولية | رعاية صحية مباشرة |

## التكاليف غير الملموسة:

بعض التدخلات بذاتها قد تتسب في حدوث الألم، والمعاناة مثل الآثار الجانبية من العلاج، أو القلق حول ما إذا كان العلاج سيكون فعالاً، ويطلق على قيمة الألم والمعاناة التكلفة غير الملموسة. ذلك لأن قياس التكاليف غير الملموسة مهمة صعبة، ومعظم التقييمات الاقتصادية لا تحتسبهم. ومع ذلك، يجب أن تضع في الاعتبار أن التكاليف غير الملموسة من الممكن أن تكون من العوامل الرئيسية التي تؤثر على المريض، والمجتمع في اتخاذ قرار بشأن خيارات العلاج.

## نشاط 3.14:

ضع في اعتبارك الجوانب التالية من المشكلات الناجمة عن شلل الأطفال في المجتمع. صنف العناصر في (الجدول 5.14)، والرعاية الصحية المباشرة، الرعاية المباشرة غير الصحية، والتكاليف غير المباشرة، أو غير الملموسة للمشكلة الصحية، أو التدخل، مشيراً إلى التصنيف الخاص بك في العمود الأيمن.

**(الجدول 5.14): تكاليف شلل الأطفال.**

| المورد | نوع التكلفة |
|---|---|
| لقاح شلل الأطفال | |
| راتب معالج شلل الأطفال | |
| خسارة الأجور بسبب الشلل | |
| خسارة الأجور بسبب اللقاح | |
| تكلفة الباص لأعضاء الأسرة التي تزور الطفل في المستشفى | |
| الألم، والمعاناة في متابعة الحالة | |
| تكلفة رعاية الأشقاء للتمكن من إعادة تأهيل الطفل المريض | |
| الوقت الضائع في أخذ الطفل إلى عيادة التطعيم | |
| راتب المرضة في عيادة التطعيم واللقاح | |
| تكلفة المستشفى للطفل للأعراض الجانبية للقاح | |

## التغذية الراجعة:

يمكن وصف تصنيف الموارد المخصصة لمشكلة شلل الأطفال كما هو موضح في (الجدول 6.14).

**(الجدول 6.14): تكاليف شلل الأطفال.**

| المورد | نوع التكلفة |
|---|---|
| لقاح شلل الأطفال | رعاية صحية مباشرة |
| راتب معالج شلل الأطفال | رعاية صحية مباشرة |
| خسارة الأجور بسبب الشلل | غير مباشرة |
| خسارة الأجور بسبب اللقاح | غير مباشرة |
| تكلفة الباص لأعضاء الأسرة التي تزور الطفل في المستشفى | رعاية مباشرة غير مباشرة |
| الألم، والمعاناة في متابعة الحالة | غير ملموس |
| تكلفة رعاية الأشقاء للتمكن من إعادة تأهيل الطفل المريض | غير مباشرة |
| الوقت الضائع في أخذ الطفل إلى عيادة التطعيم | غير مباشرة |
| راتب المرضة في عيادة التطعيم واللقاح | رعاية صحية مباشرة |
| تكلفة المستشفى للطفل للأعراض الجانبية للقاح | رعاية صحية مباشرة |

## مخططات لتصنيف التكاليف:

يساعد تصنيف التكاليف في مخططات مختلفة من شأنه ضمان أن تشتمل كل ما هو ضروري في تحليل التكاليف. المخططات المختلفة تخدم أغراضاً مختلفة وهناك ثلاثة مخططات رئيسية للتفكير في التكاليف.

إن النظام الأكثر شيوعاً لتصنيف تكاليف الرعاية الصحية المباشرة هو نظام تصنيف وظيفي تعلمت عنه في الفصل الثالث عشر، وتصنف الموارد وفقاً لاستخدامها، أو وظيفتها ضمن برنامج الصحة (على سبيل المثال المباني، والأفراد، والمعدات). وبدلاً من ذلك، يمكن تصنيف الموارد حسب النشاط الذي يتم استخدامها فيه (على سبيل المثال التدريب، والتوعية، والعلاج، والإدارة). المخططان الباقيان الأكثر شيوعاً والتي سوف تقرأ عنهما هنا التكاليف المالية، والمتكررة، والتكاليف الثابتة، والمتغيرة.

### تكاليف رأس المال، والتكاليف المتكررة:

يوجد وسيلة هامة لتصنيف التكاليف، التي يمكن أن تساعد في تحديد استمرار البرنامج، هي التصنيف وفقاً للفترة الزمنية التي سيتم استخدام الموارد فيها . التكاليف الرأسمالية تعرف عموماً على إنها تكاليف هذه الموارد مثل المعدات، والسيارات، والمباني، وبرامج التدريب لمرة واحدة. التي لها عمر أكثر من سنة واحدة وغالباً ما تتساوى التكاليف الرأسمالية مع تكاليف بدء التشغيل لأنها تدفع في بداية البرنامج، ولكن يتم تعريف هذه الموارد وفقاً لصلاحيتها، وليس عندما يتم شراؤها .

في المقابل، فإن الموارد المتكررة هي التي لديها عمر إنتاجي أقل من سنة واحدة ويجب أن يكون شراؤها على الأقل مرة في السنة ـ سنوي، أو شهري، أو أسبوعي، يومي أو بشكل غير منتظم ولكن دائماً. *التكاليف المتكررة* هي قيمة الموارد المتكررة. فإن أي استثمار لرأس المال يتطلب بعض الموارد المالية المتكررة لاستمرار تشغيله. استمرار الخدمات الصحية يعتمد بشكل كبير على ما إذا كانت الأموال متوفرة لتغطية هذه التكاليف المتكررة. معامل التكاليف المتكررة (معامل R) يستخدم في تقدير مبلغ تقريبي لاستثمار رأس المال المطلوب للتشغيل على نحو كاف، وعادة، معاملات R–

في المجال الصحي تتراوح من حوالي 0.25 للعيادة الأساسية إلى 0.33 لمستشفى الإحالة الأكثر علواً في التكنولوجيا.

في التقييم الاقتصادي، من الطبيعي حساب التكلفة السنوية لخدمة صحية. تكاليف رأس المال هي المشمولة في هذا الحساب بتحويلها إلى التكاليف المتكررة، وذلك من خلال نشرها عبر الزمن في عملية تسمى *سنوية*. هذا هو تماماً مثل الحصول على قرض من أحد البنوك. وعند الحصول على قرض تُحسب التكلفة لمرة واحدة على مدى سنوات ويكون دفعك السنوي للبنك هو التكاليف المتكررة. أبسط الطرق للحصول على التكلفة السنوية هو خط مستقيم الاستهلاك، والتي ببساطة تقسم التكلفة الأولية على عدد سنوات العمر الإنتاجي، وعلى سبيل المثال، جهاز الأشعة السينية 10.000 جنيه استرليني التي لديها العمر الإنتاجي 10 سنوات لديها *تكلفة سنوية* تبلغ 1،000 جنيه استرليني سنوياً.

يفضل معظم الاقتصاديين طريقة أكثر تعقيداً قليلاً، وهي أن يأخذ في الاعتبار تكلفة الفرصة من المال، والفائدة التي يمكن كسبها إذا تم استثمارها في البنك. وهذا ما يسمى *بالطريقة السنوية*. تحسب البنوك جداول زمنية للدفع من خلال الطريقة السنوية.

## نشاط 4.14:

افترض أنك تحسب التكاليف السنوية لعيادة تنظيم الأسرة. احسب التكلفة السنوية للموارد في هذا المثال، وذلك باستخدام خط مستقيم الاستهلاك. سنوات العمر الإنتاجي المتوقع للموارد المختلفة الموضحة في (الجدول 7.14).

## التغذية الراجعة:

التكاليف السنوية لهذه العناصر، باستخدام خط مستقيم الاستهلاك كما هو مبيَّن في العمود الأيمن في (الجدول 8.14).

**(الجدول 7.14): التكاليف وطول الحياة المتوقع للموارد المستخدمة في عيادة تنظيم الأسرة.**

| المورد | طول فترة الاستخدام الأفضل (السنوات) | إجمالى التكلفة الجنيه الاسترليني | التكلفة السنوية الجنيه الاسترليني |
|---|---|---|---|
| المعدات | 5 | 8.650 | |
| المباني | 30 | 54.080 | |
| الأرض | 50 | 31.150 | |
| المركبات | 5 | 8.165 | |
| تدريب مبدئي للممرضات والقابلات | 30 | 48.321 | |

## التكاليف الثابتة والمتغيرة:

الق نظرة على الفصول 5 و6 لتذكير نفسك بتصنيف الموارد، والتكاليف الثابتة، والمتغيرة. غالباً ما يتم استخدام هذا النظام عند النظر في قضايا الميزان، وكيف أن التكاليف تختلف بمستويات مختلفة من الإنتاج، كما هو موضح في الفصل 6.

**(الجدول 8.14): التكلفة السنوية للموارد لعيادة تنظيم الأسرة (الحل).**

| المورد | طول فترة الاستخدام الأفضل (السنوات) | إجمالى التكلفة الجنيه الاسترليني | التكلفة السنوية الجنيه الاسترليني |
|---|---|---|---|
| المعدات | 5 | 8.650 | 1.730 |
| المباني | 30 | 54.080 | 1.803 |
| الأرض | 50 | 31.150 | 623 |
| المركبات | 5 | 8.165 | 1.633 |
| تدريب مبدئي للممرضات والقابلات | 30 | 48.321 | 1.611 |

بعض البنود لها تكاليف ثابتة، ومتغيرة، وتسمى بالتكاليف شبه المتغيرة. وخير مثال هو الهاتف. فأنت عليك أن تدفع الإيجار الشهري للخط حتى لو لم تجرى أي مكالمات ـ وهذا الجزء ثابت وهناك مقدار متغير يتم دفعه تبعاً للكمية المستخدمة.

## تخصيص التكاليف المشتركة:

في العديد من الحالات، فإن المورد سوف يتم استخدامه لعدد من الأغراض. هذا صحيح بصفة خاصة بالنسبة التكاليف الزائدة. فعلى سبيل المثال، يعمل مسؤول المستشفى على جميع الأنشطة المختلفة للمستشفى، وجانب واحد من تحليل التكلفة سوف يحدد توزيع عادل للموارد المشتركة بين الأنشطة المختلفة التي تستخدم المورد. أسلوب واحد هو أن ينسب إلى تدخل معين للنسبة المئوية للمورد الذي يستخدم من قبل التدخل. عادة، الآتي يتم استخدامه لإجراء العمليات الحسابية:

- المباني ـ النسبة المئوية للمساحة المستخدمة في الأنشطة التي تتعلق بالتدخل؛
- الموظفين ـ النسبة المئوية من وقت الموظفين التي يقضونها في التدخل؛
- المعدات ـ النسبة المئوية للوقت التي تستخدم فيها المعدات للتدخل؛
- المرافق (المياه، والكهرباء، والغاز) ـ النسبة المئوية للمساحة التي يستخدمها التدخل؛
- الصيانة ـ النسبة المئوية للمساحة التي يستخدمها التدخل.

ومع ذلك، استخدام النسبة المئوية لمساحة الطابق قد تكون مضللة. المخزن وغرفة العمليات في المستشفى من الممكن أن يكون لهم مساحة الدور نفسه، ولكن غرفة العمليات تستهلك صيانة، واستخدامات أكثر، والبديل هو استخدام عدد من الموظفين نيابة عن النسبة المستخدمة ـ في هذه الحالة ستكون أكبر عدة مرات للغرفة. هذا من شأنه أن يعكس واقعية أكثر للموارد المستخدمة في الغرفة.

الحصول على تقديرات عن وقت الموظفين قد يكون صعباً. في بعض الحالات من الممكن للمدير تقديم قائمة عن الذي يعمل فيه، وعدد الساعات في الأسبوع. وفي حالات أخرى، يمكن الاحتفاظ بسجل عن المكان الذي يعمل فيه الموظفين. إذا كانت تقديرات الوقت للموظفين غير متوفرة، يمكنك إجراء دراسات الوقت، والحركة، والتي تترتب على استخدام مراقبين مدربين لتحديد مقدار الوقت الذي يستغرقه الأفراد في الواقع لأداء المهام المتعلقة بالتدخل.

## نشاط 5.14:

سقف جديد للمستشفى يكلف مليون جنيه استرليني ويتوقع أن يدوم لمدة 20 سنة. ويحتل جناح السل طابقاً واحداً في هذا المستشفى ذي العشرة طوابق. ما هي حصة التكلفة السنوية الإجمالية للسقف الذي ينبغي أن ينسب إلى جناح (السل) ؟

## التغذية الراجعة:

في البداية، فإن التكلفة الكلية للسقف مليون جنيه استرليني ينبغي أن تحسب سنوياً مع خط استهلاك مستقيم، التكلفة السنوية 50.000 جنيه استرليني (مليون جنيه استرليني/20 سنة = 50.000 جنيه استرليني)، وهناك 10 طوابق، لذا فإن النسبة المستخدمة في المدخلات المشتركة (سقف النفقات العام) الخاص بجناح السل يكون 10 في المئة ـ فقط 10 فى المئة من التكلفة السنوية للسقف ينبغي أن ينسب إلى برنامج السل، ولذلك فإن 5.000 جنيه استرليني ستكون التكلفة السنوية للسقف فى برنامج السل (10 في المئة من 50.000 جنيه استرليني= 5.000 دولار).

## حساب التكاليف:

حتى الآن تعلمت حول صياغة هذه الدراسة، وإجراء جرد للتكاليف، وأخيراً لقد وصلت إلى آخر الخطوات الرئيسية الثلاث ـ وهو حساب التكاليف.

## نشاط 6.14:

شرح كل واحدة من هذه التدابير الأربعة المستخدمة عادة في قياس التكاليف:

1. التكلفة الإجمالية.
2. التكلفة السنوية.
3. متوسط التكلفة.
4. التكلفة الهامشية.

## التغذية الراجعة:

1. إجمالي التكلفة هو مجموع جميع التكاليف وهذا يعطي مؤشراً لمدى تدخل التكاليف الإجمالية ـ مع مراعاة قيمة جميع الموارد المستخدمة.

2. التكلفة السنوية هي تكلفة التدخل محسوبة على أساس سنوي ـ بما في ذلك جميع التكاليف السنوية النفقات رأس المال، فضلاً عن تكاليف سنوية متكررة. فإن التكاليف السنوية تختلف من سنة إلى أخرى ـ في السنة الأولى، فإن تكاليف بدء التشغيل سوف تكون أكبر بينما بعد تدخل تم في العملية لفترة من الوقت، قد تشكل التكاليف المتكررة أعلى جزء من التكلفة السنوية.

3. متوسط التكلفة هو التكلفة الإجمالية مقسومة على إجمالي الوحدات السكنية من نشاط، أو نتيجة. يعطي متوسط التكلفة مؤشراً على مدى متوسط كفاءة، وكيف يعمل مقدمي الخدمات.

4. التكلفة الهامشية هو التغيير في التكلفة الإجمالية إذا تم إنتاج وحدة واحدة إضافية من الناتج. ويمكن أيضاً أن تستخدم التكلفة الهامشية لحساب مقدار ما سيتم توفيره عن طريق التعاقد مع الخدمة، ومن الناحية العملية فيمكنك رؤية ذلك غالباً ما يكون أكثر من تغيير وحدة واحدة فقط من الناتج يدعو للاهتمام بل بدلاً من مجموعة من 10، أو 100 وحدات إضافية. في هذه الحالة، فإن المصطلح الصحيح لتكلفة التغيير هي *التكاليف الإضافية*. قد تشاهد بعض التطبيقات التي يستخدم فيها مصطلح تكلفة إضافية، بدلاً من التكلفة الهامشية.

يستمد النشاط التالي من موقف واقعي، ويظهر تطبيق التكاليف الإضافية (والمنفعة الإضافية) إلى مفهوم صنع القرار.

## نشاط 7.14:

وجد تقييم لعيادة الأمراض منقولة جنسياً، وكان محل تقدير كبير من قبل خدمة العملاء الذين يستخدمون ذلك، كثير من الناس مع الأمراض المنقولة جنسياً لم تكن قادر على المجيء خلال ساعات العمل، 9:00 صباحاً حتى 5:30 مساءاً، لإنهم كانوا يعملون، أو في المدرسة. اتخذ قرار، ولذلك، تم تمديد ساعات العمل إلى 7.30 مساء يوم الإثنين، والخميس على أساس تجريبي. هذا يعني أنه يجب دفع أكثر الموظفين للعمل الإضافي والمديرون مهتمون لمعرفة التأثير على الحضور الكلي في العيادة، كانت التكاليف الأسبوعية في العيادة *قبل* إضافة الساعات موضح (بالجدول 9.14).

عدد العملاء في كل أسبوع هو 20 في اليوم الواحد، أو 100 في الأسبوع.

**(الجدول 9.14): التكاليف في الأسبوع في عيادة ما قبل تمديد ساعات العمل.**

| *التكلفة* | *الجنيه الاسترليني* |
|---|---|
| تكليف المبنى | 200 |
| الموظفين: | |
| • موظف الاستقبال | 300 |
| • تمرين الممرضة | 385 |
| • الطبيب | 595 |
| الأدوية | 270 |
| الكهرباء، والغاز | 55 |
| تكاليف تشغيل أخرى | 580 |
| **المجموع** | **2.385** |

## الخيار 1: ساعات المساء

بعد فتح العيادة لساعتين إضافيتين مساء يومي الإثنين، والخميس من كل أسبوع، كانت التكاليف الإضافية التالية: الموظفين 115 جنيه استرليني، الأدوية 80 جنيه استرليني، والكهرباء 25 جنيه استرليني، وغيرها من المواد 130 جنيه استرليني. خلال الفترة التجريبية، كانت العيادة مشغولة جداً في المساء، وشوهد 15 مريض إضافي في أمسيات الإثنين، و 12 في الخميس.

1. ما هو متوسط التكلفة لكل مريض شوهد في العيادة؟
2. ما هي التكاليف الإضافية (أو الهامشية) لكل مريض شوهد في المساء؟
3. ما هي متوسط التكلفة الجديدة لكل مريض في العيادة؟
4. ما التوصية التي تقوم بها هيئة الصحة حول الحفاظ على فتح العيادة لساعات جديدة في المساء.

## التغذية الراجعة:

1. كان متوسط التكلفة لكل مريض في بداية الفترة 85،23 جنيهاً استرلينياً.
2. كانت التكاليف الإضافية مرضى الذين شوهدوا في المساء 12.96 جنيه استرليني (350 جنيه استرليني للتكاليف الهامشية/27 مريضاً إضافية).

3. مجموع التكاليف الآن (بما في ذلك ساعات المساء، الخيار الأول) هي 2735 جنيه استرليني (2385 جنيه استرليني + 350 جنيه استرليني)، وعدد من المرضى الذين يحضرون الآن هو 127، وبالتالي فإن متوسط التكلفة الجديد هو 54،21 جنيه استرليني (127/ 2735 جنيه استرليني).
4. يبدو أن ساعات المساء ناجحة ـ والتكاليف الإضافية أقل من متوسط التكلفة وبالتالي فإن التكاليف ما تزال منخفضة. حافظ على الساعات الجديدة.

## الخيار 2: ساعات السبت

عقدت إدارة العيادة، واجتماع، وقررت أنه ربما سيكون من الجيد فتح العيادة يوم السبت من الساعة 8.00 صباحاً إلى الساعة 12 ظهراً أيضاً، لخدمة الشباب وخاصة الذين يأتون من المناطق النائية، والتكاليف الإضافية لفتح يوم السبت 250 جنيه استرليني للموظفين 27 جنيه استرليني للأدوية، و 120 جنيه استرليني لتكاليف أخرى، وكانت العيادة ليست شعبية كما توقع، مع حضور فقط خمسة أشخاص إلى العيادة في المتوسط.

5. ما التكلفة الإجمالية الإضافية لهذا الخيار؟
6. ما التكلفة الإضافية لكل عميل من هذه المجموعة الإضافية من العملاء؟
7. ما هو متوسط التكلفة الإجمالية لكل عميل (مع خيارات 1، و 2)؟
8. وبشكل عام، مع المعلومات التي لديك الآن عن ساعات العمل (خيارات1 و2) ما هي التوصية التي تجريها على الإدارة بشأن أفضل مزيج من ساعات العمل الإفتتاحية في العيادة؟
9. آخذاً ذلك في الاعتبار: إذا كانت تكاليف الافتتاح يوم السبت بعد الظهر هي نفسها صباح يوم السبت (397 جنيه استرليني)، فكم عدد المرضى الذي تعتقد أن وجودهم يستحق عناء فتح العيادة؟

## التغذية الراجعة:

5. التكاليف الإضافية الجديدة من فتح العيادة يوم السبت (الخيار 2) هي 397 جنيه استرليني.
6. التكلفة الإضافية الجديدة لكل مريض هي 79.40 جنيه استرليني (5مرضى /397 جنيه استرليني).

7. التكلفة الجديدة الإجمالية لساعات العيادة الأصلية بالإضافة إلى خيارات 1، و2 هو 3132 جنيه استرليني، ومتوسط التكلفة الجديدة لكل مريض هو 23.72 جنيه استرليني (3.132 جنيه استرليني 132/ مريض).
8. كانت ساعات المساء نجاحة، لكن التكاليف الإضافية 79.40جنيه استرليني لكل مريض يوم السبت عالية. فإما أن تتخلي تماماً عن أيام السبت، أو حاول بعد ظهر يوم السبت!
9. من المستبعد أن يتم الحصول على نفس التكلفة الإضافية نفسها لساعات السبت مثل الساعات المسائية. حيث إن تكلفة الساعات المسائية حوالي 13 جنيه استرليني فقط لكل مريض لذلك بشكل مثالي فإن ساعات السبت ستعطي النتائج نفسها ـ وهذا سيتطلب حوالي 30 مريض (397 جنيه استرليني/ 13). لو أن التكلفة المتوسطة لكل مريض يمكن أن تظل عند أو بالقرب من المتوسط مع الخيار 1، وهذا سوف يعني أن العيادة ماتزال تعمل بكفاءة، ولذلك 17 مريض يجعلون هذا جديراً بالاهتمام (397 جنيه استرليني/ 21.54 = 16.7). هذا يبدو من الممكن تحقيقه لو كانت العيادة ذات موقع جيد، حسنة المعاملة، وساعات العمل يوم السبت تكون للمجموعة المستهدفة في سن المراهقة.

## بعض الاعتبارات العملية:

حتى الآن افترضت المناقشة التي نقوم بها التكاليف من أسفل إلى أعلى ـ والتي تبدأ من الصفر وتزداد التكاليف وبنفس الطريقة التي يمكنك بناء ميزانية بها. ولكن في بعض الأحيان تواجه حالة من التكلفة بأثر رجعي، حيث إن لديك معلومات عن مجموع النفقات، ومعظم التكاليف هي تكاليف مشتركة ـ تستخدم في أنشطة متعددة. إذا كان من غير الممكن العودة للحصول على معلومات حول الوحدات الفردية للموارد التي تم استخدامها أو تكاليف تلك الموارد، يمكنك استخدام المعلومات المجمَّعة، وكسر هذه التكاليف حسب مركز التكلفة أو النشاط.

حتى الآن ربما تتسائل أين ستجد كل ما تحتاجه من معلومات. هناك عدد من المصادر، تعتمد بالضبط على ما كنت تحاول تكلفته.

### تكاليف الخدمات الصحية:

لو تحسب تكاليف أنشطة المرافق الصحية مثل مستشفى، هناك ربما محاسب أو موظف المالية الذي يمكن أن يوفر لك الكثير من المعلومات المالية التي تحتاج إليها،

وعلى الرغم من أنك ما تزال بحاجة لتقدير التكلفة الاقتصادية التي قد تختلف عن التكلفة المالية، ويمكن أن تحصل غالباً على معلومات عن مخصَّصات الموظفين من مدير التمريض، أو المرضة، أو من المدير الطبي، أو من المسؤول عن الموظفين غير الطبيين، وغير التمريضين للمرافق، ويمكن الاطلاع على معلومات عن الإمدادات، والأدوية إما من الفواتير، أو من قائمة المعدات، والأدوية، وإذا كانت الأدوية، على سبيل المثال، تم التبرع بها، سوف تحتاج على الأرجح إلى الرجوع إلى مصدر المعلومات الدولية لمعرفة سعر السوق الدولية، وغالباً ما يمكن الحصول على المركبات وتكاليف المركبات من الشخص المسؤول عن إدارة أسطول من السيارات.

تلميح مفيد عند القيام بتقدير التكاليف هو التركيز على العناصر الأكثر تكلفة، وتلك التي تشكل أكبر جزء من المجموع ـ المواد غالية الثمن، وعادة تكاليف المركبات وتشغيل المركبات، وشؤون الموظفين، والأدوية، والإمدادات في كثير من الأحيان تنفق النصف، أو أكثر من التكلفة الإجمالية على الموظفين، ولذلك يكون الحصول على معلومات جيدة عن الأجور، والمزايا، وتوزيع الموظفين ستكون بداية جيدة في الحصول على التكلفة الإجمالية. قد تكون المركبات، والأدوية فئة أخرى من فئات الإنفاق الرئيسية، والوقت الذي يستغرق في الحصول على مقاييس دقيقة هنا قد يؤدي إلى تعزيز دقة التقديرات العامة الخاصة بك.

لا تنفق الكثير من الوقت في البحث عن قطعة مفصلة من المعلومات حيث لا يتأثر بها القرار. فمن غير المرجح أن الوقت الذي تقضيه للحصول على تقديرات دقيقة لتوزيع الكهرباء، ومواد التنظيف، على سبيل المثال، ستجعل الفرق كبيراً في المجموع الكلي.

## تكاليف المريض، والأسرة:

يعد وقت المرضى، وأسرهم مدخلاً أساسياً في تقديم الخدمات الصحية. على سبيل المثال، من أجل الحصول على العلاج للمريض، وأفراد الأسرة سوف:

- قضاء بعض الوقت، والمال في الحصول على الخدمة؛
- قضاء بعض الوقت في أنشطة أخرى غير تلك التي عادة ما تقوم بها، من أجلهم أو من أجل أعضاء الأسرة ليكونوا قادرين على استخدام هذه الخدمة.

هناك عدة الطرق لتقدير هذه التكاليف، ويمكن أن تكون معقَّدة، تنطوي على تقدير ظل السعر للعمل وأوقات الفراغ (Posnett and Jan 1996)، وأفضل طريقة

هي إجراء مسح للمرضى، ومع ذلك، قد لا يكون لديك ما يكفي من الوقت لإجراء مسح كامل، وإذا كان هذا هو الحال يمكن أن تأخذ فئة صغيرة من المرضى وتقدم بعض التقديرات عن نفقاتهم، والوقت الذي يستغرقوه، والأجور المفقودة.

إن حساب قيمة الأجور الضائعة يمكن أن يثبت إشكالية ـ يجب استخدام الحد الأدنى للأجور، ومتوسط الأجر، أو بعض التقديرات للأجور من المرضى الفعليين؟ هناك أيضاً اختلافات موسمية في قيمة الوقت في كثير من المناطق الزراعية. الشيء المهم هو أن تشمل تكاليف المريض إذا كان ذلك مناسباً ـ في كثير من الأحيان صعوبة حساب تكاليف المرضى يعني إنها مهملة من التحليل تماماً، وهذا يؤدي بوضوح إلى نتيجة مضللة. فإن تأثيره على تكاليف المرضى يكون صفر.

## أي سعر ينبغي أن تستخدم؟

قضية واحدة قد تواجهها هي استخدام السعر ـ قل، على سبيل المثال، إنك كنت تحسب تكلفة لمشروع يستخدم مركبة. إذا تم شراء مركبة قبل خمس سنوات وكان سعر السوق 10،000 جنيه إسترليني ولكن واحدة جديدة لديها من سعر السوق 15،000 جنيه إسترليني. فأي سعر تستخدم لحساب تكلفة الفرصة؟ هذا يعتمد على الغرض من التحليل. يوجد هنا ثلاثة احتمالات.

- إذا كنت تبحث عن أغراض تاريخية حول التكلفة الماضية لتدخل لن يتكرر، يمكنك استخدام السعر الأصلي بأمان من 10.000 جنيه استرليني.
- إذا كنت تريد أن تعرف التكلفة السنوية لتشغيل البرنامج على مدى السنوات الخمس الماضية، وكنت تستخدم التكلفة السنوية للنفقات الأصلية: 2000 جنيه استرليني في السنة.
- ولكن إذا كنت تريد أن تعرف تكلفة تكرار البرنامج في موقع آخر، يجب استخدام سعر الاستبدال الحالي 15.000 جنيه استرليني. فإن استخدام التكلفة السنوية لتشغيل المشروع في المستقبل قدرها 3.000 جنيه استرليني سنوياً على افتراض أنك تتوقع أن تستمر خمس سنوات.

## أفضلية الوقت والخصم:

بشكل عام فإن الأفراد لديهم أفضلية في الاستخدام (من الاستهلاك) الذى يحدث الآن في مقابل المستقبل، ويفضلون الاستهلاك الحالي عن المستقبل. لماذا؟

يعيش الناس لليوم أما المستقبل فهو غير مؤكد؟ إضافة إلى أنه ربما يكسب الشخص زيادة محتملة هذه الأيام، ولكن قيمة العملة تنقص بعد 10 سنوات في المستقبل. كما هي الآن بالطريقة نفسها فإننا نقدر صحتنا اليوم أكثر مما ستكون عليه خلال 10 سنوات قادمة. دعونا ننظر إلى مثال على ممرضة متدربة مع اقتراب الامتحانات: الممرضة المتدربة قد تكون سعيدة لدفع 50 جنيه استرليني الآن لتكون صحيح خلال شهر يونيو لأن لديها امتحان خلال تلك الفترة. ومع ذلك فهي من المحتمل أن تدفع 50 جنيه استرليني الآن لتعرف أنها تكون صحية فى كل شهور يونيو في غضون 10 سنوات. هذا لأن تقديرهم لصحتهم فى المستقبل يكون أقل، وعلى الرغم من أن الممرضة مستعدة لدفع 50 جنيه استرليني هذه السنة لتكون صحيحة البدن في شهر يونيو هذا العام فهي ربما تكون مستعدة لدفع 100 لتضمن أن تكون صحيح خلال يونيو في العشرة سنوات القادمة. هذا لأنهم يقدرون الاستخدام الذي يستمد من استهلاك هذه الأموال التي من شأنها أن تكون في المستقبل أقل.

لأن الناس لا تضع قيمة متساوية للتكاليف، أو النتائج التي تحدث في هذا العامٍ مع تلكِ التي تحدث في سنوات لاحقة، يجب أن تعطي التقييمات الاقتصادية قدراً مختلفاً للتكاليف، والنتائج الصحية التي تحدث في فترات مختلفة. في حين أن هناك مشكلات نظرية، وعملية في القيام بذلك، يتم إجراء تقييمات اقتصادية كثيرة باستخدام نوع من التكيف للحدوث مع مرور الوقت، أو خصم بالنسبة للتكاليف والنتائج. يتم استخدام الخصم لتحويل قيمة في المستقبل (إما التكاليف، أو النتائج الصحية) إلى ما يعادل قيمة اليوم أو القيمة الحالية باستخدام معدل خصم. توصي المبادئ التوجيهية الوطنية، والدولية باستخدام *معدل* خصم بنسبة 3 في المائة، بعد ضبط التضخم. في بعض البلدان، مثل المملكة المتحدة، تفرض الحكومة المركزية سعر خصم محدد حقيقي للتقييمات الاقتصادية للمشروعاتِ الممولة من القطاع العام. في بلدان أخرى حيث لا يتم فرض أي معدل محدد، كثيراً ما يختار الاقتصاديون معدل واحد ومن ثم يجرون تحليل الحساسية لضمان نتائج مستقرة فيما يتعلق بالافتراض حول أسعار الخصم.

## تحليل الحساسية أو عدم الاستقرار:

ينبغي أن ننظر إلى تقديرات حسابات التكاليف بإستخدام الطرق الموضحة في هذا الفصل على أنها تعني (متوسط) القيمِ. كما هو الحال مع معظم المتغيرات في التقييم الاقتصادي، وتخضع التكاليف أيضاً للشك، ونحن ينبغي أن نستكشف طريق التكلفة المشكوك فيها، والتي تؤثر على نتيجة التقييم الاقتصادي في تحليل الحساسية.

## الملخص:

في هذا الفصل تعلمت عن الطرق المختلفة لتحديد التكاليف، ولماذا يكون حساب التكاليف نادراً ما يكون واضحاً وممارسته بسيطة. إضافة إلى ذلك فقد اكتسبت فهماً لكيفية حساب تكلفة التدابير المختلفة: التكلفة الإجمالية، التكلفة السنوية، متوسط التكلفة والتكلفة الهامشية. لقد تعلمت عن الفرق بين التكاليف المالية، والاقتصادية ومتى يكون الوقت ملائماً لاستخدام كل من هذه. ثم قرأت عن أنواع مختلفة من التكاليف التي يمكن النظر فيها لإدراجها في تحليل التكاليف: المباشرة والتكاليف غير المباشرة وغير الملموسة، والطرق التي يمكن أن نصنفها بها: من المتكررة، وظيفة، أو نشاط ورأس المال، والثابتة والمتغيرة. وأخيراً، تمت مناقشة بعض الصعوبات العملية المتعلقة بالحصول على البيانات، وتخصيص التكاليف المشتركة بين الأنشطة المختلفة، وتحديد التكاليف التي تستخدم وتفضيلات وقت الناس.



# الفصل الخامس عشر

## تحديد، وقياس وتقييم النتائج

## Identifying, measuring and valuing consequences

### نظرة عامة:

هذا الفصل يبدأ باستعراض موجز لنتائج مختلفة، أو النتائج التي تنتج عن التدخلات الصحية، ومدى ملاءمتها للتقييم الاقتصادي. ويلي ذلك استكشاف مفصَّل للأساليب المختلفة غير النقدية، والنقدية لقياس، وتقييم النتائج. كما تعتبر بعض إيجابيات، وسلبيات هذه الأساليب.

### الأهداف التعليمية:

بعد العمل خلال هذا الفصل، سوف تكون قادراً على:

- التعرف على مجموعة واسعة من النتائج التي تنتج عن التدخلات الصحية (سواء الصحية، وغير الصحية).
- شرح أي نوع من قياس النتيجة هو الأكثر مناسبة للاستخدام في كل نوع من أنواع التقييم الاقتصادي.
- تحديد طرق مختلفة *لقياس* الصحة في التقييم الاقتصادي.
- المقارنة بين مناهج مختلفة *لتقييم* الصحة، والنتائج غير الصحية.
- تحديد، وإعطاء أمثلة على النتائج الصحية من الناحية النقدية.

## المصطلحات الأساسية:

**عجز سنة حياة المعدلة:** مقياس صحي قائم على طول حياة الشخص مرجحاً تجربة مستوى العجز.

**منهج رأس المال البشري:** يستخدم معدلات الأجور في السوق لقياس قيمة الإنتاجية بسبب المرض.

**نوعية سنوات الحياة:** قياس النتيجة الصحية القائمة على البقاء على قيد الحياة مرجحة نوعية الحياة، حيث سجل نوعية الحياة بين 1.0 للصحة الكاملة، وصفر للموت.

**الاستعداد للدفع:** القيمة النقدية، وهو ما يمثل الحد الأقصى للمبلغ الذي سوف يكون الفرد على استعداد لدفعه الفرد من الدخل، ليكسب تحسنا في الصحة.

## تحديد، وقياس الآثار الصحية:

تذكر من الفصل 13 أن هناك ثلاثة أنواع رئيسية من التقييم الاقتصادي: تحليلٍ فعالية التكاليف، تحليل فائدة التكاليف والمنفعة، وتحليل التكاليف والعائد. تشمل كلاً منهما على المقارنة بين البدائل المختلفة من حيث تكاليفها ونتائجها على حد سواء (Drummond et al. 2005). ومع ذلك، فإنها تختلف من حيث نوع النتائجٍ التي تحاول القياس، والتقييم. في هذا الفصل نستكشف هذه الأساليب المختلفة، بدْءاً من تلك التي تستخدم لقياس الآثار الصحية في تحليل فعالية التكاليف وتحليلِ فائدة التكاليف. بعض النتائج من التدخلات الصحية هي أكثر وضوحاً من غيرها. تمنيع الطفل ضد الدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز يحميه من هذه الأمراض التي ربما تهدد حياته. في هذه الحالة، قد تشمل النتائج: الحالات التي وقيت، سنوات العمر المحفوظة، عدد اللقاحات الذي تم تسليمها. استخدام العلاج الإشعاعي كجزء من حزمة العلاج لعلاج امرأة من سرطان الثدي يزيد من احتمال امتداد حياتها، وقلة التزام المريض الفقير بالعلاج الكيميائي لمكافحة السل قد يؤدي إلى فشل العلاجٍ. هذه الأمثلة كلها واضحة إلى حد ما. ومع ذلك، هناك العديد من النتائج أقل وضوحاً ـ بقصد، أو بغير قصد، ـ والسلبية المحتملة، وكذلك الإيجابية. على سبيل المثال،

تستخدم التأثيرات الخارجية الإيجابية المستمدة من تمنيع الطفل (أي مناعة القطيع)، وحقيقة أن يستخدم العلاج الإشعاعي كتدبير للسرطان فإنه يرتبط بالعديد من الآثار الضارة السلبية (التكاليف غير الملموسة)، والخطورة الخارجية السلبية لتطوير مقاومة للأدويةٍ بسبب انخفاض مستوى الالتزام بالعلاج الكيميائي المضاد للسل. قد يكون بعضاً من هذه النتائج تؤدي إلى الحاجة لعلاجات مكلفة إضافية.

## نشاط 1.15:

لكل من التدخلات أدناه، قم بعمل قائمة بالنتائج الإيجابية، والسلبية:

1. تحسين فرص الحصول على المياه النظيفة وصيانة الصحة العامة في قرى الريف.
2. فحص النساء الحوامل للعدوى بفيروس نقص المناعة المكتسبة.
3. العناية المركزة للأطفال الرضع حديثي الولادة.

## التغذية الراجعة:

1. انخفاض معدل الإصابة بأمراض الإسهال، وقلة الوقت اللازم لجلب الماء (وبالتالي فإن هناك مزيد من الوقت المتاح للقيام بأشياء أخرى).
2. لأولئك الذين أنهم إيجابيين لفيروس نقص المناعة المكتسبة، العلاج المبكر للأم يخفض خطر انتقال العدوى للأطفال الرضع. الآثار السلبية المحتملة تشمل الضغط النفسي عند النظر في الاختبار، وخاصة في حالات نادرة، واختبارات إيجابية كاذبة.
3. زيادة البقاء على قيد الحياة لكن مخاطر عالية من مضاعفات قصيرة، وطويلة المدى بما في ذلك الإعاقة العصبية.

ربما من الجدير الأخذ في الاعتبار أن التدابير الأكثرٍ فائدة للتقييم الاقتصادي هي التي تكون ملموسة، وتسمح لأي تغييرات أن تعد كمياً، وتقارن عبر التدخلات والأمراض.

## مقاييس النتائج الصحية:

يمكن قياس الصحة في عدد من الطرق المختلفة.

## معدل الوفيات:

يمكن قياس معدل وفيات عن طريق عدد الوفيات المتجنبة، أو عدد سنوات العمر المكتسبة، هو مقياس ملموس، وقابل للقياس، ويمكن استخدامه في جميع الأمراض والتدخلات. ومن المفيد للتدخلات الوقائية والعلاجية التي تؤثر على الإصابة التي يمكن أن تكون مهددة للحياة، ونسبة انتشار الأمراض، ولكن ليس لتلك التي قد تسبب قسط كبير من المرض ولكن نادراً ما تحدث الموت.

## المراضة (انتشار المرض):

يمكن هنا استخدام عدة تدابير، على النحو المبين أدناه.

- عدد *حالات الشفاء، أو تأثير المرض:* هذه التدابير مفيدة بشكل خاص في قياس الأمراض الحادة (مثل الملاريا، أو التهابات الجهاز التنفسي الحادة)، وتشير إلى وجود، أو غياب المرض، ولكن لا تشير إلى المدة، أو الأثر، وبالتالي فهي ليست جيدة للحالات المزمنة، أو حالات العجز مثل مرض السكري، أو التهاب المفاصل. إضافة إلى ذلك يمكن فقط أن تستخدم لمقارنة التدخلات حيث نوع النتيجة المتطابقة؛

- *مؤشرات المرض المحددة:* لعدد من الحالات المرضية المزمنة، حيث إن هناك مرض محدد أو مؤشرات محددة تهدف لكسر شدة المرض أو التأثير على نوعية الحياة (على سبيل المثال قياس أثر نطاق التهاب المفاصل) وميّزة هذه التدابير هي أن تكون ملموسة، ومع ذلك، على النحو الوارد أعلاه، لا يمكن إلا أن تستخدم لمقارنة التدخلات حيث نوع النتيجة المتطابقة؛

- *تدابير الصحة العامة (المؤشرات، والملامح):* هي مصممة لتكون قابلة للتطبيق على نطاق واسع في أنواع مختلفة من الأمراض، والتدخلات، وتلخيص المفاهيم الأساسية للصحة، ونوعية الحياة. ملفات شخصية مثل الملف الشخصي الصحي لنوتنجهام (Hunt et al.1985) يمثل أبعاداً صحية مختلفة بشكل منفصل (مثل الحركة، والألم، والرفاهية العاطفية). يقدم مؤشرات الصحة مثل تأثير المرض الشخصي (Gilson et al. 1975) ملخص لمؤشر واحد. من ميزات عمل الفهرس أنه يتيح إمكانية مقارنة الصحة عبر التدخلات، والأمراض، والسكان. وتجميع النقاط لإنتاج قيمة يمكن أن يتم مع، أو دون الأخذ بعين الاعتبار تفضيلات الناس. إن أخذ تفضيلات الناس في الاعتبار يسمح بحساب نوعية سنوات الحياة المعدلة، أو عجز سنة الحياة المعدلة، وتستخدم في تحليل فائدة التكاليف.

## التدابير المتوسطة (الوسيطة):

أحياناً يكون من غير الممكن قياس النتائج الصحية الفعلية، خاصة في التدخلات الوقائية عند نتائج صحية قد تكون كبيرة «اتجاه لأسفل». وعلى سبيل المثال، إذا كانت نتائج التدخل في تقليص خطر تعرّض الفرد للإصابة بمرض معين. في هذه الحالة قد يتم استخدام إجراء متوسط. على سبيل المثال، يوصف أيضاً العلاقة بين ضغط الدم، وخطر الإصابة بأمراض القلب، والأوعية الدموية. ولذلك، في قياس أثر علاج خفض الضغط ـ على الأمراض القلبية الوعائية، ويمكن استخدام ضغط الدم كتدبير وسيط لخطورة الأمراض القلبية الوعائية. إن التدابير الوسيطة مفيدة فقط عند مقارنة التدخلات المماثلة.

## تدابير العملية:

تشير هذه التدابير العملية إلى الأنشطة التي يُعرف أو يعتقد أن لها تأثيراً مباشراً على النتائج التي تحققت عن طريق تدخل ـ على سبيل المثال مدة الإقامة في المستشفى أو التشخيص الصحيح.

## المال:

يمكن أن تسند القيم النقدية أيضاً للنتائج الصحية. وسنعرف المزيد من هذا لاحقاً في هذا الفصل.

## نشاط 2.15:

1. تقرر كل نتيجة أدناه ما هو نوعها؟، والنظر في مدى فائدة النتيجة للتقييم الاقتصادي.

أ. عدد المرضى الذين أقلعوا عن التدخين نتيجة حملة توعية صحية.

ب. عدد ممن تجنبوا الوفاة وعجز سنوات الحياة المعدلة عن طريق علاج الملاريا الحادة مع عقارات الأرتيسونات بدلاً من الكينين.

ج. متوسط تدفق الدم لكوليستيرول البروتينات الشحمية منخفضة الكثافة بعد العلاج بأدوية خفض الكوليستيرول.

2. الآن نطبق هذا التفكير في وضع أكثر عملية. لنفترض أنك موظف تعمل في وزارة الصحة، ويوماً ما تم استدعاؤك إلى مكتب الوزير. وتم إعلامك أنه يجب إجراء تقييم اقتصادي لتدخلات عدة بما في ذلك توزيع الناموسيات المبيدة للحشرات للنساء الحوامل. وقدمت وزارة المالية بالفعل تقديرات لتكاليف قطاع الرعاية الصحية العامة من تشغيل برنامج الناموسيات المبيدة للحشرات. سيكون من واجبك تقديم تقديرات لنتائج هذا البرنامج. لحسن الحظ، مؤخراً تم الحصول على بيانات النتائج الصحية لتجربة عشوائية في بلدك على مدى عامين بين مجموعة من النساء الحوامل اللائي أعطين ناموسيات، ومجموعة أخرى من النساء الحوامل اللاتي لا ينمن تحت ناموسية. النتائج الصحية المسجلة تشمل عدد وفيات الأمهات، وحالات فقر الدم، وانخفاض الوزن عند الولادة مواليد الرضع، الوفيات، ونوبات الملاريا بين الأمهات، وأطفالهن حديثي الولادة. الوزير يقترح عليك أن الحد من وفيات الأمهات ومن الممكن أن يستخدم كمقياس لنتائج برنامج الناموسيات المبيدة للحشرات. ماذا سيكون ردك؟

## التغذية الراجعة:

1. أ. هذا هو مقياس متوسط. يمكن ربطه مباشرة بالنتيجة النهائية الصحية (مثال: منع حالات سرطان الرئة).

ب. هذا هو مقياس لمعدل الوفيات. وهو مقياس جيد في أنه ملموس، ويمكن استخدامه لقياس الإصابات الحادة الأخرى والوفيات، هذا هو مؤشر الصحة العامة. أنه يستوفي جميع المعايير لقياس نتيجة جيدة للتقييم الاقتصادي.

ج. هذا مقياس متوسط. الهدف النهائي هو الحد من الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية. أنها مفيدة فقط في المقارنة مع الأدوية الأخرى المخفضة للكوليستيرول، أو التدخلات.

2. يمكنك الرد أن الحد من وفيات الأمهات ضيق جداً لأن هناك آثار صحية ضارة أخرى تستحق تجنبها مثل نوبات الملاريا والرضع منخفضي وزن الولادة. قد تقترح اختيار المقاييس الصحية التي يمكن أن تتضمن مختلف الحالات الصحية المعاكسة إضافة إلى الوفاة المبكرة للأمهات، مثل (نوعية سنوات الحياة المعدلة، أو عجز سنة الحياة المعدلة). وبالإضافة، ستحتاج لمقياس صحي أوسع إذا كانت التكاليف، والنتائج لبرنامج الناموسيات المبيدة للحشرات لابد من مقارنتها بالتدخلات التي تستهدف أمراض أخرى.

## تقييم التغيرات في مجال الصحة باستخدام منهج غير نقدي:

للوهلة الأولى التمييز بين *قياس*، وتقييم الأرباح تبدو متحذلقة، ولكن كما توضح الخلاصة التالية من ريتشاردسون، وآخرين (Richardson et *al.*) (1998) أنها في الواقع مهمة جداً.



ينطوي قياس الفوائد في التقييم الاقتصادي على خطوتين، والتي تختلف من الناحية المفاهيمية، ومتميزة عادة في الممارسة العملية. الأولى هو قياس الآثار المترتبة على التدخلات المتعلقة بالصحة التي تقتبس وحدات طبيعية مثل سنوات إضافية من الحياة، والتغير في ضغط الدم، وما إلى ذلك. ثانياً، هناك تحديد لقيمة هذه التغييرات، ويختص الاقتصاد مع ثاني هذه الخطوات، وهذا هو دور علماء الأوبئة، أو الباحثين لتحديد النتيجة (عواقب) في وحدات الطبيعة. هذا يعني أن التقييم الاقتصادي لا ينافس مع أو يتدخل على البحوث الإكلينيكية، أو الوبائية. وليس الشكلان من حيث التقييم متكاملين.

(Richardson et *al.* 1998)

كل من أساليب التقييم التي ستتم مناقشتها في هذا القسم صممت للحصول على فائدة الأوزان، أو ببساطة، الفوائد، التي تعكس تفضيلات الفرد لحالات صحية مختلفة. في اقتصاديات الصحة، فائدة الأوزان هي الأكثر شيوعاً لتوليد عجز سنة الحياة المعدلة، ونوعية سنة الحياة المعدلة لتستخدم في تحليل فائدة التكاليف في تدخلات الرعاية الصحية. وهي تسمح بخصائص مختلفة للصحة (مثل أعراض، أو القدرة على القيام بالأنشطة) لتقيم على نطاق واحد، وتقارن. هناك طريقتان واضحتان لتقدير القيم لحالات الصحة: تلك التي تقدر من قبل المرضى المستخدمين لطرق *التقييم المباشر*، وتلك المقدرة بصورة غير *مباشرة* باستخدام قيم خارج الرف من الأدبيات. نحن نصف تقنيات استنباط مختلفة لتقييم الحالات الصحية بعد ذلك بقليل ولكن دعونا أولاً ننظر في كيفية بناء نوعية سنة الحياة المعدلة، وعجز سنة الحياة المعدلة.

## نوعية سنة الحياة المعدلة:

من الآن سوف تكون على علم بأن نوعية سنة الحياة المعدلة هي مؤشر صحة حيث يقيس مقدار السنين التي يعيشها المرء، مع الأخذ في الاعتبار أن بعض سنوات الحياة تلك تقضى في أقل من الصحة المثالية. وسوف يحصل الفرد على نوعية سنة الحياة المعدلة أكثر بالمدة الأطول التي يعيشها أو تعيشها وبالصحة الأحسن التي يتمتع أو تتمتع بها خلال تلك السنوات. نوعية سنة الحياة المعدلة بالتالي فهي مقياس زيادة الصحة، والتي تكون جيدة لما يتمنى أن يمتلكه الفرد قدر المستطاع. توصف مستويات الصحة باستخدام مقياس نقاط الربط مع من 0 (الموت) و1 (الصحة الكاملة) ومبدأ الجمع بين كمية ونوعية سنوات العمر. المثال أدناه يوضح كيف يتم الحساب.

**تقييم الفائدة ونوعية سنة الحياة المعدلة:**

دعونا نفترض أن هناك اثنين من العلاجات لمرض ما. إن كلاً من العلاجين يزيد العمر المتوقع للفرد بحوالي 10 أعوام. لكن نتائج العلاج A في الفرد على قيد الحياة في السنوات الصحية الكاملة (ممثلة على درجة فائدة 1 على *نطاق أساسي**، بينما يبين الموت بصفر) مقارنة مع العلاج B الذي ينتج الفرد على قيد الحياة السنوات، وفي حالة أن ليس لديها سوى نقاط فائدة 0.5. قد أدى العلاج A إلى زيادة في نوعية سنة الحياة المعدلة من 10(10×1)، ضعف العلاج B مما أدى إلى ارتفاع كبير في نوعية سنة الحياة المعدلة من 5 (10×0.5).

لاحظ أن بعض العمليات الحسابية المماثلة يتم إجراؤها في إطار النهج. نوعية سنة الحياة المعدلة كل حالة صحية يتعين عليها زيادة العجز على مقياس من 0 (الصحة المثالية) إلى 1 (الموت). لحساب عبء مرض معين، يتم ضرب زيادة العجز بعدد السنوات التي عاشوها في تلك الحالة الصحية، وتضاف إلى عدد السنوات المفقودة بسبب هذا المرض.

* النطاق الأساسي هو شكل محدد لنطاق فاصل (0) مع انعكاس للحالة الصحية معادل للموت و(1) يعكس الصحة المثالية، وهذا يعني أن الفاصل الزمني من 0.2 إلى 0.3 له المعنى نفسه للفرد كفاصل من 0.7 إلى 0.8 (انظر صفحة 176 من دروموند وآخرون Drummona et al. 2005 لمزيد من التوضيح للمقاييس الأساسية).

أن تكون قادراً على قياس *الاختلافات* في الأفضليات بهذه الطريقة أمر أساسي للتقييم الاقتصادي (خاصة في تحليل فائدة التكلفة) الذي هو، كما تعلمنا سابقاً،

تحليلاً *مقارناً*. ونحن مهتمون في الخلافات بين التدخلات البديلة. مرة واحدة، وقد تم قياس الفرق في التفضيلات، ويتم الجمع بينها مع فائدة الوزن لحساب نوعية سنة الحياة المعدلة.

يعتبر أيضاً الخصم مهما في عملية حساب نوعية سنة الحياة المعدلة. في تحليل فائدة التكلفة باستخدام نوعية سنة الحياة المعدلة، فإن المحلل يمكنه تقرير خصم سنوات العمر المقبلة (في الصحة الكاملة أو بالتسوية)، بطريقة مماثلة لتكاليف الخصم، لإدراج ملاحظة أن معظم الأفراد يفضلون تجربة الأشياء الجيدة عاجلاً، وليس سنواتٍ في المستقبل. هذا يعني أنه سيتم النظر في سنة الحياة لتكون ذات قيمة أقل تدريجياً في المستقبل من سنة الحياة التي نعيشها.

## عجز سنوات العمر المعدلة:

وضعت عجز سنوات العمر المعدلة كجزء من دراسة العبء العالمي للأمراض التي تهدف إلى مقارنة أعباء المرض في جميع مناطق العالم (Murray and Lopez 1996). عجز سنوات العمر المعدلة هي وسيلة قياس الوقت الصحي المفقود الناجم عن الأمراض لدى الفرد، أو السكان. هذا المؤشر يجمع بين عجز سنوات العمر المعدلة بسبب الوفاة المبكرة مع عجز سنوات عاشها في حالة صحية أقل من الصحة الكاملة. والفرد سوف يعاني من عبء أكبر لفقدان أقصر من عجز سنوات العمر المعدلة التي يعيشها هو، أو تعيشها هي، والصحة الأسوأ التي عانى أو عانت منها. عجز سنوات العمر المعدلة بالتالي هي مقياس لمدى الفجوة الصحية بين الصحة الفعلية، والمثالية المحددة لتحقيق الصحة. هذه الفجوة هي السيئة التي يمكن للفرد، أو السكان السعي جاهدين لتقليلها. وتميزت عجز سنوات العمر المعدلة في دراسة العبء العالمي للأمراض الأصلية بأربعة خيارات قيمة واضحة:

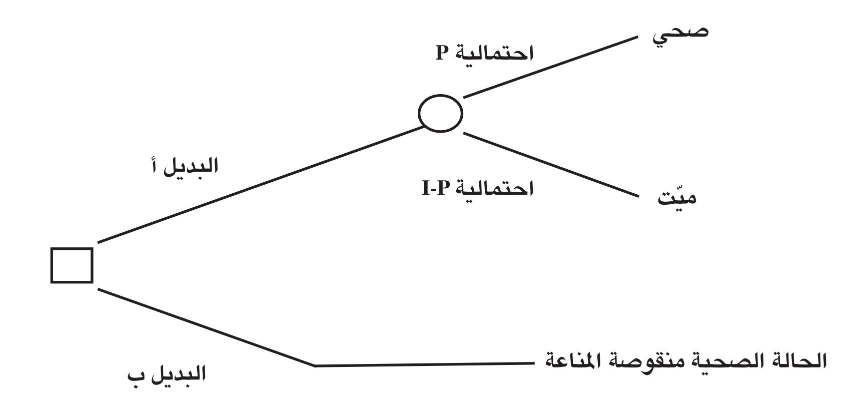
1. تعريف الوفاة المبكرة بالنسبة إلى نموذج جدول الحياة المقابل لأعلى متوسط في العمر المتوقع عالمياً.
2. زيادة العمر غير المتكافئ يطبق مع أعلى قيم نسبية تتعلق بالسنوات الوسطى من العمر الافتراضي للفرد، مقارنته بمرحلة الطفولة المبكرة، والشيخوخة. الأساس المنطقي لذلك هو نتيجة الأدوار الاجتماعية المختلفة التي يلعبها الفرد خلال الحياة، من المهم بصفة خاصة أن تكون صحيحاً في السنوات الوسطى مع العديد من المعالين في شكل صغار الأطفال، وأفراد الأسرة الأكبر سناً.
3. خصم سنوات العمر المقبلة سواء في مجال الصحة الكاملة، أو المفرطة باستخدام معدل الخصم السنوي بنسبة 3 في المائة.

4. زيادة العجز المرتبط بالأمراض الذي يعكس خطورتها مستخدماً مقياس معكوس بين 0 للصحة الكاملة و1 للموت. استمدت زيادة العجز من مشكلات صحية معينة، مثل العمى، أو الإسهال المائي، من مجموعة من خبراء الصحة العامة الدولية باستخدام تقنية المفاضلة الشخصية (سوف تقرأ المزيد عن هذه التقنية في وقت لاحق).

كانت الخيارات القيمة حول العجز، والعمر ترجح في الحسابات الأصلية لعجز سنة الحياة المعدلة الكثير من النقاش في هذا الموضوع. التحديثات لحسابات عجز سنة الحياة المعدلة باستخدام أوزان عمرية متساوية ويتم الابتعاد عن لجنة خبراء المناهج للحصول على أوزان العجز لأحد باستخدم مزيج من المجتمع، وتقييمات الخبراء القائمة على (World Health Organization 2004 ; Harvard University et al. 2009). يجب على المحللين الذين يرغبون في استخدام عجز سنوات العمر المعدلة، وسنوات العمر المعدلة كجزء من (تحليل فائدة التكاليف) إخضاع تقديراتها لتحليل الحساسية. وفي حالة أن سنوات العمر عجز للمعدلة قد تختلف خيارات قيمتها، على سبيل المثال: استخدام متوسط العمر المتوقع من بلد المحلل نفسه بدلاً من متوسط العمر المتوقع القياسي الذي تم اختياره لنهج عجز سنة الحياة المعدلة؛ متساوية بدلاً من الأوزان العمرية غير المتكافئة، ومعدلات الخصم لكل 3 في المائة. في حالة نوعية سنة الحياة المعدلة، فإن الافتراضات التي تقوم عليها الحسابات يمكن أيضاً أن تختلف.

## الأساليب المباشرة لتقييم الحالات الصحية:

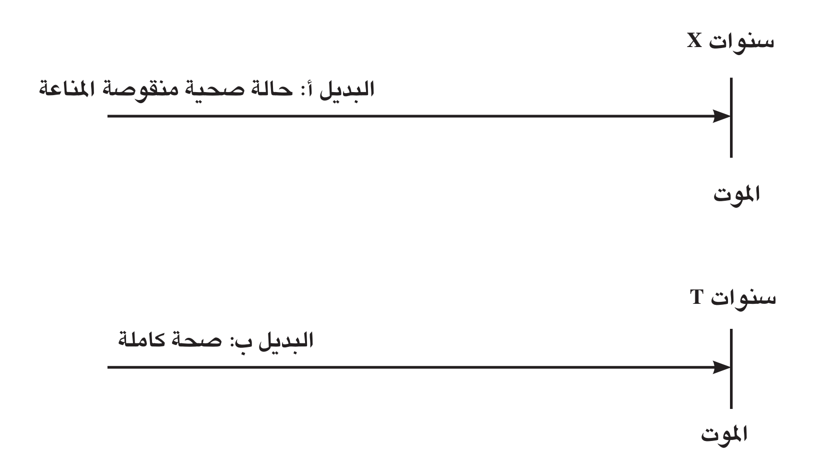
يمكن أن يكون للتقييم المباشر موارد كثيرة تتطلب أن تسعى لتطوير أوصاف الحالة الصحية ذات الصلة، ومقابلة ذوي الخبرة. التقييم المباشر يتطلب أيضاً مستويات عالية من التركيز، والصوت الوظيفي الإدراكي (Rashidi et al. 2006). المشاركون في هذه الأنواع من ممارسة التقييم يكونوا أفراداً من عامة السكان، والمرضى الذين يعانون من أمراض قيد الدراسة، أو أفراد القطاع الصحي. لتقييم مستوى الفرد من فائدة، يطلب منهم ترتيب تفضيلاتهم، مما يجعل المفاضلة بين الحالة الصحية، والبدائل (Sinnott et al. 2007)، *ومعيار جامبل، ووقت* من المفاضلة، *والتجارة الشخصية ونطاق التماثل البصري*، وهؤلاء من الطرق المباشرة المستخدمة على نطاق واسع لتقدير فائدة أوزان التقييم الاقتصادي.




(الشكل 15-1): معيار جامبل.

## معيار جامبل:

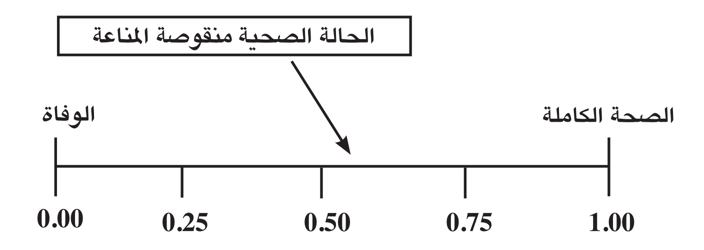
طريقة معيار جامبل هي وسيلة لقياس التفضيلات التي هي الأكثر تناغماً مع النظرية الاقتصادية التقليدية. ويمثل المستجيبون مع الاختيار بين النتائج الصحية التي تنطوي على عدم اليقين. ويطلب من المستجيب أن يتخيل العيش في حالة الصحية لعدد من السنوات، على سبيل المثال 30 عاماً. توصف هذا الحالة الصحية الخطرة إلى المشارك ليتمكن أو تتمكن من تصور الحياة بهذه الطريقة. حيث يقدَّم المشارك مع خيار العلاج الذي يعيد المريض إلى الصحة الكاملة مع احتمال P، أو الموت الفوري مع احتمالP-1، كما هو موضح في (الشكل 1.15). واحتمال نجاح العلاج مقابل الموت يتنوع حتى يكون المشارك غير قادر على القول ما إذا كان الذين يعيشون في الحالة الصحية الخطرة، أو وجود علاج مع فرصة P للصحة الكامل هو الخيار الأفضل. يتم تفسير P المحددة كتقييم للمشارك من الحالة الصحية الخطرة. وكلما كانت الحالة الصحية غير مرغوب بها كلما كانت رغبة المشارك، أن يتقبل خيار العلاج مع انخفاض فرصة للنجاح. إن عقبة رئيسية أمام الاستفادة من معيار جامبل هي أن مفهوم «احتمال» في كثير من الأحيان من الصعب على المشاركين فهمه. على الرغم من هذا، ويمكن القول إن معيار جامبل يحاكي أفضل الخيارات التي تواجه الشعب في الحالات الإكلينيكية «الحقيقية» لأن عوامل عدم اليقين حول الأحداث في خيارات المشاركين.




(الشكل 15-2): وقت المقايضة.

## وقت المقايضة:

يجب على المشارك في وقت المفاضلة الإشارة إلى الخيار المفضل لديه بين سيناريوهين: الصحة البديلة حيث البديل أ هو العيش في حالة صحية محددة خطرة لسنوات X تليها الموت، والبديل ب هو العيش لأقصر فترة من السنوات T، في صحة كاملة تليها الموت (انظر الشكل 2.15). على طول الوقت T، في صحة كاملة ثم تتنوع حتى يقوم المشارك بالحكم على البديلين ليكونان من المرغوب فيهما. ثم يتم استخدام هذه المدة بالأخص T، لتقدير تقييم المشارك في الحالة الصحية الخطرة كما T / X. على سبيل المثال، إذا كان هناك شخص تراه يعيش 30 عاماً في حالة صحية محددة للخطر فإنه مساوي للذين يعيشون مع 20 عاماً في صحة كاملة، وقيمة العيش سنة واحدة في الحالة الصحية الخطرة هو 20/30 = 0،67.




(الشكل 3.15): نطاق التماثل البصري.

## نطاق التماثل البصري:

يفيد أُسلوب نطاق التماثل البصري كأداة من نوع ميزان الحرارة مثل التي تظهر في (الشكل 3.15) في مساعدة المشاركين على ربط القيم لمختلف الحالات الصحية. ووصفت عدداً من الدول الصحية المختلفة للمشاركين الذين طلب منهم لاحقاً وضع هذا في النطاق مشاكل صحية خفيفة بالقرب من أعلى النطاق ومع الحالات الصحية الشديدة بالقرب من أسفل. وعادة ما تصاغ النهاية من النطاق باسم أفضل حالة صحية يمكن تخيلها وأسوأ حالة يمكن تخيلها «الصحة» أو «كامل الصحة» و«الموت». بينما تستخدم نطاق التماثل البصري للقياس المباشر للحالة الصحية، ولديها بعض القيود. الكثير من المشاركين يجدون صعوبة في تحديد قيم نطاق الفاصل الزمني إلى الحالة الصحة وتميل بدلاً من ذلك إلى تصنيفهم. وعلاوة على ذلك، فإن الطريقة لا يعطي المشارك حق الاختيار بين بديلين، وبالتالي لا يعكس قوة التفضيل اللازمة لتقييم الاقتصادي. هناك أيضاً قلق من أن مقاييس، ومعايير التقييم تخضع لتحيز القياس مثل نهاية نطاق التحيز، حيث يميل المشاركون إلى تجنب طرفي النقيض (مثل 0 أو 100) (Sinnott et al. 2007).

## الشخص المقايض:

يطلب من المشارك المتعرض لهذه التقنية أن يتصور أنه هو أو هي صانع القرار لتخصيص الميزانية وهذا ما يكفي فقط لتقديم واحد من اثنين بالتبادل مع بعضها البعض لتدخلات الرعاية الصحية، كل منها يحسن صحة مجموعة معينة من المرضى. لذا فإن الخيار فعال بين مجموعتين من الأفراد. تم استخدام إصدار محدد من هذا النهج لاستنباط العجز لسنوات العمر المعدلة في العبء العالمي لدراسة الأمراض، كما ذكر في وقت سابق، ويستند المثال أدناه على هذا (Murray 1996).

*التدخل أ:* سيمد حياة 1.000 من الأفراد الأصحاء لسنة واحدة بالضبط، وعند هذه النقطة سوف يموت الجميع. إذا لم تختر هذا التدخل، سوف يموت جميعهم اليوم.

أو بدلاً من ذلك:

*التدخل ب:* سيمد حياة $\leq$ 1.000 من الأفراد المكفوفين لمدة عام بالضبط. إذا لم تختر هذا التدخل، سوف يموت جميعهم اليوم.

إذا قدم المشارك الاختيار بين التدخل أ والتدخل ب حيث هناك 1000 شخص في كل مجموعة، الافتراض هو أن معظم أفراد العينة سوف تختار لإنقاذ الأفراد الأصحاء 1000 لسنة إضافية. ومع ذلك، فإن زيادة عدد الأفراد المكفوفين المُنقذين في التدخل ب سيزيد الرغبة في هذا التدخل مقارنة أ. إذا اعتبر المشارك على سبيل المثال أن التدخلان البديلان متساويان عندما يكون عدد الأفراد العميان هو 1.700، ثم قيمة الذين يعيشون سنة واحدة كعميان 1.000/1.700 = 0.59.

## الأساليب غير المباشرة (مثل، قيم «ترتيب محدد»):

الطريقة الثانية لتقييم الحالة الصحية تنطوي على استخدام القيم الموجودة من قبل. حيث يقوم المشاركين بملء استبيان الصحة متعددة السمات ويتم تعيين كل حالة صحية لها قيمة محددة مسبقاً، أو تم الحصول عليها من الدراسات الاستقصائية للسكان (Gray et al. 2011). وعادة ما تكون التمارين للحصول على فائدة الأوزان لنوعية سنوات الحياة المعدلة لا تستهدف أمراضاً معينة ولكن بدلاً الحالة الصحية كما هو موضح باستخدام المستويات في عدد من الأبعاد الصحية. على سبيل المثال، تستخدم نظام التصنيف (EuroQol–5D) التنقل بالأبعاد، الرعاية الذاتية، والأنشطة المعتادة، والألم / الانزعاج، والقلق / الاكتئاب مع ثلاثة مستويات في كل بعد الصحي لوصف الحالة الصحية (يظهر عينة استبيان في الشكل 4.15). للتنقل، وهذه المستويات هي: ليس لدي أي مشكلات حول المشي، ولدي بعض المشكلات حول المشي، وأنا مقيد في إلى السرير. إن نظم التقييم الأخرى التي يشيع استخدامها في تقييم نوعية سنوات الحياة المعدلة هي SF–36، التي تطورت في الولايات المتحدة الأمريكية، ومنظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة، وتطورت لاستخدامها في البلدان المنخفضة، والمتوسطة الدخل (Fox-Rushby and Cairns 2005).

يجب توخي الحذر عند استخدام هذه الأوزان من الأدب كنوع من أسلوب التقييم المتَّبع (معيار جامبل، وقت المفاضلة، وما إلى ذلك) وقد تبين أنها تؤثر تأثيراً كبيراً على النتائج، والأفضليات للحالات الصحية عبر المجموعات السكانية Jansen) et al.2000; Drummond et al. 2005; Sinnott et al. 2007). ونتيجة لذلك، هناك تركيز على تطوير أوزان نوعية الحياة المعدلة على أساس القيم من عامة السكان، أو المرضى عندما يكون أحد التقييم الاقتصادي مطلوباً. هناك حاجة إلى موارد كبيرة

لالتقاط الأفضليات في عموم السكان يشارك فيها عدد كبير من المشاركين. على سبيل المثال، شارك ما مجموعه 3395 أشخاص من المملكة المتحدة في عملية لتعيين وقت المفاضلة لـ 245 حالة صحية لرصد الأوزان من نظام التصنيف (EuroQol) (Dolan et al. 1996). حصلت مرة واحدة، وعادة ما يتم الجمع بين الفوائد مع بقاء التقديرات، وتجميعها عبر الأفراد لتوليد سنوات الحياة المعدلة أو عجز سنوات العمر المعدلة.

حتى الآن ناقشنا المناهج الرئيسية لقياس النتائج الصحية باستخدام قيم غير نقدية، واستكشاف مؤشرين ذوا فائدة في التفاصيل. في القسم التالي ندرس لماذا وكيف يتم قياس النتائج من حيث المال.

## تقييم التغيرات في النتائج الصحية وغير الصحية باستخدام النهج النقدية:

وتعتبر المؤشرات الصحية مثل نوعية سنة الحياة المعدلة أو عجز سنوات الحياة المعدلة مفيدة لوصف التحسينات في مجال *الصحة* في مختلف التدخلات الصحية. ومع ذلك، قد لا يعكس القيمة الفعلية الكاملة للتدخلات الصحية، خصوصاً إذا كانت هناك نتائج يحتمل أن تكون غير دقيقة صحياً (على سبيل المثال، المكاسب الإنتاجية، الراحة، والمعلومات)، أو هناك قيمة للآخرين (مثل الصالح العام، والعوامل الخارجية). وقد حدد فوكس - روشبي، وكيرنز (Fox-Rushby and Carins) (2005) قائمة طويلة من المزايا الإضافية التي قد تنشأ عن تدخلات الرعاية الصحية التي تتراوح بين الرضا عن الخدمات من خلال التغيرات الحالية، والمستقبلية في الرعاية. هذه هي الفوائد التي يمكن أن تنشأ عن تدخلات الرعاية الصحية، ولكنها لا تقاس باستخدام مؤشرات الصحة.

هناك طريقة واحدة لالتقاط كل هذه الفوائد وهي استخدام الوحدة المشتركة للمال. كما تعلمنا سابقاً، فإنه يتعين على التقييم النقدي للمنافع إجراء تحليل للمنافع والتكاليف كما يمكن مقارنته ضد التكاليف لإبلا غ قرارات تخصيص الموارد في جميع القطاعات، وقد استخدم تحليل المنافع، والتكاليف على نطاق واسع مثل البيئة، والنقل والاقتصاد الزراعي. وفي الاقتصاد الصحي فإن فكرة وضع قيمة نقدية على حياة الإنسان، ونوعية الحياة كان دائماً مثيراً للجدل.

عن طريق وضع علامة في مربع واحد في كل مجموعة أدناه، يرجى الإشارة إلى أي العبارات الآتية يصف حالتك الصحية اليوم بشكل أفضل.

**الحركة:**

ليس لدي أي مشكلات في المشي. ☐

لدي بعض المشكلات في المشي. ☐

أنا مقتصر على السرير. ☐

**الرعاية الذاتية:**

ليس لدي أي مشكلات مع الرعاية الذاتية. ☐

لدي بعض المشكلات تتعلق بالاغتسال، أو ارتداء ملابسي. ☐

أنا غير قادر على الاغتسال، أو ارتداء الملابس.. ☐

**الأنشطة المعتادة** (مثل أعمال الدراسة المنزلية الأسرية أو الأنشطة الترفيهية):

ليس لدي أي مشكلات في أداء أنشطتي المعتادة. ☐

لدي بعض المشكلات في أداء أنشطتي المعتادة. ☐

أنا غير قادر على أداء أنشطتي المعتادة. ☐

**الألم/الانزعاج:**

ليس لدي ألم، أو انزعاج. ☐

لدي ألم معتدل، أو غير مرتاح. ☐

لدي ألم شديد، أو غير مرتاح بشدة. ☐

**القلق/الاكتئاب:**

أنا لست قلقاً، أو مكتئب. ☐

أنا قلق بدرجة متوسطة، أو مكتئب. ☐

أنا قلق للغاية، أو مكتئب. ☐

**(الشكل 4.15): النظام الوصفي EQ-5D-3L.**

***Source:*** **Reproduced with kind permission of the Euroqol Group.**

## المناهج الرئيسية لاستخلاص القيم النقدية للصحة:

هناك عدد من الطرق المختلفة المستخدمة لتقييم فوائد تدخلات الرعاية الصحية من الناحية النقدية، وتناقش بعض هذه المفاتيح أدناه.

### *منهج رأس المال البشري:*

هذا المنهج يحاول تحديد كمية الخسائر في الإنتاجية الهامشية لشخص ما نتيجة لاعتلال الصحة ـ أي خسارة هامشية في الناتج الاقتصادي التي تنجم عن شخص غير قادر على العمل. وقد استخدم منهج رأس المال البشري لسنوات عديدة، ويستند على افتراض أن كل فرد يساهم في إنتاجية المجتمع. يتم احتساب القيمة النقدية للإنتاجية المفقودة بسبب اعتلال الصحة عن طريق ضرب مدة المرض بالمقدار الذي سيتحمله هذا الشخص (أي سعر السوق من عملهم) خلال تلك الفترة إذا لم يكن مريضاً . الآن حاول النشاط التالي الذى يبين كيف يمكن استخدام نهج رأس المال البشري لقيمة فوائد الرعاية الصحية.

## نشاط 15-3:

اعتاد رجل أن يكون عاملاً بمنجم فحم، وإن وظيفته تتطلب جهداً بدنياً، كان يتقاضى عليها راتباً قدره 80 دولار لليوم الواحد. نتيجة إصابته بمرض بالجهاز التنفسي لم يعد قادراً علي مواصلة العمل أسفل المنجم، وبدلاً من ذلك بدأ العمل في غرفة أخرى، وظيفة أقل جهداً براتب 40 دولار فقط في اليوم. بافتراض أن لكل وظيفة يكون العمل لمدة خمسة أيام، وهناك 45 إسبوع للعمل بالسنة.

1. ما هي التكلفة السنوية غير المباشرة للمرض؟
2. ماذا يحدث إذا أصيب الأب المتقاعد من المنجم بالمرض نفسه؟ كم ستكون التكلفة غير المباشرة للمرض حينها؟

## التغذية الراجعة:

1. الأرباح السنوية كعامل منجم: 80 × 5×45 = 18.000 دولار أمريكي.
   الأرباح السنوية ككاتب غرفة: 40× 5× 45= 9.000 دولار أمريكي.
   التكلفة السنوية غير المباشرة للمرض: 18.000 – 9.000= 9.000 دولار أمريكي.

2. لا يوجد إجابة واضحة هنا. يمكنك الاستنتاج أن التكاليف غير المباشرة للمرض كانت صفراً في حالة ما إذا كان قد تقاعد الأب، أو عند استخدامك لأجر المنجم أو كاتب الغرفة كوكيل لما كان سيربحه الأب إذا كان عاملاً منتجاً.

هناك عدد من المشكلات مع مناهج رأس المال البشري:

- قد *لا يكون منصفاً* لأن أصحاب الأجور المرتفعة يُعتبرون أعلى فائدة غير مباشرة من أصحاب الأجور المنخفضة. أيضاً، قد تعكس معدلات الأجور أنفسهم مثل عدم المساواة كالتمييز بين الجنسين، بين الجنسين، أو العرق.
- قد *لا يكون هناك سوق العمل، وبالتالي لا سعر للسوق* لمجموعات كثيرة من بينها ربات البيوت، والمسنين، والأطفال. بعض الاقتصاديين يستخدمون وكلاء ـ ومثال على ذلك هو استخدام الأجور لخدم المنازل كبديل لهذا الوقت من ربات البيوت. هناك أيضاً نقاش دائر حول ما إذا كان ينبغي تقييم وقت الفراغ نفس وقت العمل (Posnett and Jan 1996).
- لا يتم تضمين *التكاليف غير الملموسة*. معظم تكلفة الدراسات للمرض تستبعد التكاليف غير الملموسة مثل التكلفة النفسية من الألم، والمعاناة، وبالرغم من كونها محتملة إلا أنها تكون مهمة.
- *العلاقة بين الحالة الصحية، والإنتاجية معقدة، ويمكن أن تكون في اتجاهين*. على سبيل المثال، شخص عاطل عن العمل، أو الذي هو في وظيفة ذات أجر المنخفضة سيكون له وسائل مالية أقل للحصول على نفس نوعية الرعاية الصحية من شخص يكسب أجر أعلى.

## منهج (نهج) تكلفة الاحتكاك:

كما قرأت أعلاه، فإن منهج رأس المال البشري لا يأخذ في الاعتبار التعقيدات في العلاقة بين الإنتاجية واعتلال الصحة. أثناء عمليات الإنتاج، يمكن استبدال كل شخص على المدى القريب، وهذا يعني أنه قد لا يكون هناك أي تأثير على الإنتاجية ولكن الزيادات في التكاليف المرتبطة باستبدال العمال. وقد استخدم منهج تكلفة الاحتكاك لقياس التكاليف غير المباشرة كبديل لطريقة رأس المال البشري، ويؤخذ في الاعتبار حقيقة أنه يمكن تخفيض الخسائر الإنتاجية من الغياب على المدى القريب باستخدام القدرة الزائدة في قوة العمل وعلى المدى الطويل من خلال استبدال العمال

بالأشخاص العاطلين، أو إعادة توزيع الموظفين (Koopmanschap and Van Ineveld 1992, Brouwer and Koopmanschap 2005).

## الأفضليات الملاحظة أو المكشوفة:

تكشف دراسات الأفضليات ملاحظة الخيارات الفعلية (أي الأفضليات) أن صناع القرار، أو الأفراد المعبرون في الحياة الحقيقية. يتم تفسير هذا ككشف للقيمة النسبية المفروضة على النتائج، والمخاطر المختلفة. مثال على الأفضليات الملاحظة لصانعي القرار هو استخدم قيمة الجوائز المحكمة في حالات الإصابة كوسيلة لتقدير القيمة النقدية لهذه الإصابة. مثال: إن الأفضليات الملاحظة للأفراد تكشف المبلغ المدفوع لتقليل مخاطر السلع، أو الخدمات (مثال خوذات الدراجات)، وضرب هذا بالتغيير في الخطر(مثال إصابة شديدة في الرأس). مثال آخر هو منهج خطرِ الأجور حيث الفرق في الأجور بين الوظائف (مثال عمال المناجم والمصانع) مضروباً بالفرق في خطر الإصابة، أو الموت.

كل من هذه الأساليب مشاكلها. على سبيل المثال، استخدام الجوائز كوسيلة لتقدير القيمة النقدية للإصابة تسبب مشكلة لأن النتائج سوف تختلف من حالة إلى أخرى، والمبالغ الممنوحة ليست مجرد انعكاس للتعويض عن إصابة، ولكن عوامل أخرى بما في ذلك المكاسب المحتملة من الفرد، ومعاقبة المتهم. إن تقديرات التفضيل الملاحظ للفرد تعاني من مشكلة أن القيم الأفراد المفترضة لا يمكن أن تكون هي نفسها في الحالات المختلفة.

## الأفضليات المعلنة:

وثمة منهج بديل لتقدير التكاليف غير المباشرة، والمنافع باستخدام المسح للحصول على أكبرِ قدر ممكن من الأفراد المستعدة للدفع لتلقي شيءٍ، أو تجنب شيء. بينما الأقل شيوعاً، فإن الدراسات الاستقصائية قد تستخدم أيضاً لقياس استعداد القبول، والتي تعتبر الحد الأدنى النقدي اللازم للفرد للتخلي عن بعض الخير، أو لتحمل بعض الضرر. في مجال الرعاية الصحية، وقد ذكرت دراسات الأفضليات المعلنة استخدامها لتقدير قيمة التدخلات الجديدة، أو الخدمات التي قد لا يكون لها سوق، ذلك لتقييم ما إذا كانت تكلفة التدخل المقترحة لتبرير المنفعة المحتملة على المجتمع. كما أنها تستخدم أيضاً لتوجيه المستوى لأي سلعات، أو خدمات بحاجة إلى

التدعيم ـ على سبيل المثال، تسويق شبكات البعوض اجتماعياً أو الأدوية المضادة لمنع وعلاج الملاريا (Onwujekwe et al. 2002, Wiseman et al. 2005)، أو مخططات الحكومة المدعومة للتأمين الاجتماعي (Mathiyazhagen 1998, Onwujekwe et al. 2009).

إن اثنين من الطرق الرئيسية لاستخراج التفضيلات المعلنة هما التقييم الاحتمالي (CV) واختيار التجارب المنفصلة. في حين أن النظر من خارج نطاق هذا الكتاب بالكثير من التفاصيل مهم للحصول على فهم أساسي لهذه الأساليب. يتطلب اختيار التجارب المفضلة إشراك الأفراد أن يذكروا تفضيلاتهم على سيناريوهات بديلة افتراضية. يتم وصف كل بديل عن طريق من سمات عدة (مثل الراحة، ونوعية الخدمة). يتم التعامل مع السعر على إنه واحد من الصفات وبذلك يمكن استنباط سمات الرغبة في الشراء. يسعى التقييم الاحتمالي لوصف السوق الافتراضية الجيدة. ثم الطلب من المشاركين عن القيمة القصوى الذين هم على استعداد لدفعها «الوحدة» في هذا السوق الافتراضي (Ryan et al. 2008). الأفضليات المعلنة للدراسات الاستقصائية لابد وأن تصمم بعناية لضمان صحة النتائج (Smith 2007). وبخاصة، من المهم أن يكون واضحاً عن النوع، ومدى عدم التأكد. في معظم المواقف هناك بعض الشكوك حول عواقب، أو نتائج برنامج، أو تدخل.

كلمة أخيرة للتحذير بشأن استخراج القيم النقدية للصحة. هناك احتمال للازدواج في حساب فوائد تحليل التكاليف والفوائد. على سبيل المثال، أي شخص تقل قدرته على العمل نتيجة لإصابته بمرض الربو من الممكن أن يكون مشمولاً في حساب تكلفة المرض باستخدام نهج رأس المال البشري، أو التفضيلات الملاحظة، أو التفضيلات المعلنة. يمكن تضمين هذا في حساب التكلفة، والعائد بوصفه استحقاقاً، أو على شكل تكلفة تعويضية مخصومة من التكاليف الإجمالية (Drummond et al. 2005). الأهم، التأثير على قدرة الشخص على العمل ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار مرة واحدة. الآن بما أنه أصبح لديك فهم أفضل للمناهج النقدية المختلفة، جرب (نشاط 4.15) الذي يركز على واحدة من الرغبة بالشراء.

## نشاط 4-15:

افترض أنك تريد أن نقدم صهريج مياه جديدة لخفض المعدلات المرضية من الإسهال ولكن تجد صعوبة في قياس المنافع من البرنامج. وقد طلب هاديكس، وآخرون

Haddix et al (1996) من 100 أسرة في قرية عن رغبتهم للدفع لتجنب الإسهال. فهم القرويين أن المفاضلة كانت بين شراء الحاوية، والتعامل مع الإسهال في المنزل. تتضح نتائج المسح في (الجدول 1.15).

**(الجدول 1.15): منافع صهريج مياة جديدة.**

| *الحد الأقصى للرغبة في الدفع (دولار أمريكي)* | *عدد الأسر* | *مجموع المنافع* | *تراكم الأسر %* |
|---|---|---|---|
| 25 | 5 | 125 | 5 |
| 20 | 10 | 200 | 15 |
| 15 | 50 | 750 | 65 |
| 10 | 15 | 150 | 80 |
| 5 | 15 | 75 | 95 |
| 0 | 5 | 0 | 100 |

1. من الناحية النظرية، ما هي نسبة الأُسر التي ترغب بدفع 10 دولار على الأقل لصهريج الماء؟
2. إذا قرر توريد الصهاريج بعشرة دولارات على الأقل كم ستكون التكلفة الإجمالية للقرية؟ المنافع الكلية؟ وصافي المنافع؟
3. ماهي العوامل التي قد تؤثر على رغبة القرويين للدفع؟

## التغذية الراجعة:

1. 80 في المائة من الأسر على استعداد لدفع 10 دولار على الأقل لصهاريج الماء.
2. i) التكلفة الإجمالية للقرية ستكون 10 دولار أمريكي × 80 أسرة = 800 دولار أمريكي.

   ii) المنافع الكلية= (125 دولار أمريكي + 200 دولار أمريكي + 750 دولار أمريكي + 150 دولار أمريكي) = 1.225 دولار أمريكي.

   iii) صافي المنافع = 1.225 − 800 = 425 دولار أمريكي.

3. مجموعة من العوامل يمكن أن تؤثر على استعدادهم للدفع بما في ذلك مستوى التعليم، وفهمهم لسبب الإسهال، وما مدى رؤيتهم للأمر كمشكلة إضافة إلى دخلهم. ربما يكون هناك غيرها من الأمور التي فكرت فيها.

يعتبر الاستعداد للدفع للدراسات شائع لوجود عدد من نقاط القوة:

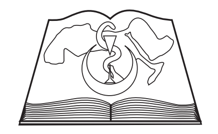
- يمكن تطبيقها على أي حالة، وبالتالي يمكن أن تستخدم لاستخلاص التفضيلات لتدخل نظري، أو خدمة؛
- يمكن استخدامها لتقدير أي تغيير بشكل مباشر في صافي الرفاهية الاجتماعية– مثال: منافع للمجتمع كله، وليس فقط للفرد المريض؛
- يمكن إعداد السيناريوهات المطلوبة تماماً كما سيرغب المحلل؛
- إن المال هو القاسم لأنه ملموس، وله قيمة مقبولة عالمياً، والتي من الممكن بسهولة فهمها؛

ومع ذلك فإنه يوجد عدد من التحديات:

- تقنية مفتوحة للتحيز بسبب صعوبة فهم الحالة الافتراضية من قبل المشاركين.
- والتي تميل الرغبة في الشراء إلى أن تكون متصلة بشكل إيجابي لدخل المشاركين. يمكن أن يكون ضرورياً تعديل تقديرات الرغبة في الشراء لمراعاة آثار الدخل؛
- المشكلات العملية في إجراء أي مسح (مثال انخفاض معدل الاستجابة، والبت في كيفية إعطاء المعلومات).
- الناس الذين يستجيبوا قد لا يمثلوا تعداد المجتمع ككل (وغالباً ما يكون المشارك هو الأفضل تعليماً)؛
- تستند التقديرات إلى ما *يقوله* الناس أنهم سيفعلونه، وليس ما يقومون به *فعلاً*؛
- إن الكثير من الناس لا يرغبون، أو يشعرون أنه من المستحيل تقييم الحياة، بل كثيراً ما تضع قيمة لانهائية على الحياة عند الاستجابة لعمليات المسح وإذا كان هذا هو الحال، فبعد ذلك جميع التدخلات التي تنقذ الأرواح سوف يكون لديها فوائد لا حصر لها، والتي سوف تتجاوز تكاليفها دائماً، وسوف تكون دائماً جديرة بالاهتمام.

## الملخص:

في هذا الفصل يتعين علينا استكشاف مجموعة واسعة من النتائج الصحية وغير الصحية على حد سواء التي تنشأ عن التدخلات الصحية. واهتمام خاص أولي بقياس الفوائد مثل عجز سنوات العمر المعدلة، ونوعية سنوات الحياة المعدلة المستخدمة في تحليل فائدة التكلفة، شكلاً من أشكال تحليل فعالية التكاليف. ونحن أيضاً نعيد النظر في دور تحليل التكلفة، أو العائد والنهج المباشر، وغير المباشر المستخدم في تقييم النتائج الصحية من حيث القيمة النقدية، بما في ذلك نهج رأس المال البشري الشائع.



# الفصل السادس عشر

## التقييم الاقتصادي واتخاذ القرار

## Economic evaluation and decision-making

### نظرة عامة:

لقد تم إعطاؤك الإطارات لاستخدامها عند مقارنة التكاليف، ونتائج التدخلات، ولقد تعلمت كيفية حساب هذه التكاليف، والنتائج. وهذا الفصل يمكنك من وصف عملية تخصيص الموارد باستخدام أنواع مختلفة من التقييم الاقتصادي، ومناقشة استخدامات الأدلة الاقتصادية في السياسة، بما في ذلك العوامل التي تؤثر على استيعاب أدلة التقييم الاقتصادي. وسوف يساعد أيضاً على تطوير الوعي للافتراضات الحاسمة التي تُتخذ بالتقييم الاقتصادي.

### الأهداف التعليمية:

بعد العمل خلال هذا الفصل، سوف تكون قادراً على:

- وصف عملية تخصيص الموارد باستخدام أنواع مختلفة من التقييم الاقتصادي.
- فهم استخدامات الأدلة الاقتصادية في السياسة
- مناقشة مجالات تطبيق التقييم الاقتصادي
- عرض وعي من الافتراضات الحاسمة التي اتخذناها بالتقييم الاقتصادي.
- مناقشة العوامل المؤثرة على استيعاب أدلة التقييم الاقتصادي.

## المصطلحات الأساسية:

**متوسط نسبة فعالية التكلفة:** نسبة الفرق في التكلفة إلى الاختلاف في التأثير لتدخل واحداً ضد خيار خط الأساس (مثال: لبرنامج، أو لممارسة حالية).

**نسبة المنافع، والتكاليف:** نسبة المنافع النقدية الإجمالية مقسومة على التكاليف الإجمالية. المؤشر المستخدم في تحليل التكاليف، والمنافع.

**نسبة فعالية التكلفة الإضافية:** نسبة الفرق في التكاليف بين اثنين من برامج بديلة إلى الفرق في الفعالية بين البرنامجين ذاتهما.

**نسبة فعالية التكلفة الهامشية:** نسبة الفرق في التكاليف، والتأثير الناجم عن التوسع، أو الانكماش لبرنامج.

**صافي القيمة الحالية:** مجموع الاستحقاقات النقدية منقوص منها التكاليف. المؤشرات المستخدمة في تحليل التكاليف، والمنافع.

## الممارسة القائمة على الأدلة:

لقد أكدت ميزانيات الرعاية الصحية المحدودة على ضرورة استخدام الموارد بفعالية وكفاءة. من أجل تحقيق هذا حيث كان هناك اهتمام متزايد لتنفيذ القرارات السياسة المبنية على الأدلة. وبناء على ذلك، فإن في السنوات الأخيرة اكتسب التقييم الاقتصادي أهمية كبيرة بين صناع القرار، الذين يحتاجون إلى معرفة أي التدخلات تمثل «القيمة مقابل المال». ولعلكم تذكرون من الفصول السابقة أن التقييم الاقتصادي يمكن أن يساعد في توفير المعلومات اللازمة من خلال مقارنة قيمة *التكاليف، والمنافع* من التدخلات المتنافسة. وضبط كيفية استخدام متخذي القرارات هذه المعلومات لتخصيص الموارد النادرة للرعاية الصحية، هو محور هذا الفصل.

## عملية تخصيص موارد الرعاية الصحية النادرة باستخدام تحليل التكاليف والفوائد:

بعد تقييم التكاليف (الفصل الرابع عشر)، ونتائجه (الفصل الخامس عشر)، فإن الخطوة التالية في التقييم الاقتصادي هو الجمع بين هذه النتائج بشكل بسيط،

ومفهوم للجمهور، وتوفير الدليل الشامل للقيمة مقابل المال بطريقة تعلمك صنع القرار. ولعلكم تذكرون من الفصل الثالث عشر أن اثنين من ملخص التدابير وتستخدم عادة في تحليل التكاليف، والمنافع هي:

- صافي القيمة الحالية.
- نسبة المنافع، والتكاليف.

دعونا الآن ننظر في هذه بتفصيل أكثر قليلاً. حيث يتم احتساب صافي القيمة الحالية عن طريق جمع منافع النقدية ثم تحذف كل التكاليف، مع خصم ينطبق على كل من الفوائد، والتكاليف حسب الملائم. الصيغة لصافي القيمة الحالية هو:

$$\text{صافي القيمة الحالية} = \sum_{t=0}^{n} \frac{(\text{التكاليف - الفوائد})_t}{(I + r)^t}$$

حيث:

r = معدل الخصم

t= السنة

n= التحليل الأفقي (بالسنوات)

نسبة المنافع والتكاليف يمثل نسبة المنافع الكاملة على مجموع التكاليف، سواء خصم حسب الملائم. أو الصيغة لحساب نسبة المنافع والتكاليف هو:

$$\text{نسبة المنافع والتكاليف} = \frac{PV_{\text{فوائد}}}{PV_{\text{تكاليف}}}$$

حيث:

منافع PV = القيمة الحالية للفوائد.

فوائد PV = القيمة الحالية للتكاليف.

وسوف يسفر تحليل التكاليف، والمنافع عن صافي القيمة الحالية إيجابي إذا تجاوزت الفوائد التكاليف. وتنفيذ مثل هذا البرنامج سيولد صافي فوائد للمجتمع.

حالة مكافئة، وهي أن نسبة القيمة الحالية للمنافع إلى القيمة الحالية للتكاليف يجب أن تكون أكبر من واحد. ومع ذلك، فإذا كان هناك اثنين، أو أكثر من التدخلات التي يستبعد بعضها الآخر، والتي لها إيجابية صافي القيمة الحالية ثم يجبٍ أن يكون هناك مزيد من التحليل. منٍ مجموعة التدخلات التي يستبعد بعضها بعضاً تلك التي يجب أن يتم تحديدها وفقاً للأعلى، أو NPV أعلى نسبة نسبة المنافع، والتكاليف.

## نشاط 1.16:

(الجدول 1.16) هو ملخص لدراسة تحليل التكاليف، والمنافع لتداخلين متنافسين، A ،B.

**(الجدول 1.16): التكاليف والفوائد**

| المشروع | A | B |
|---|---|---|
| **التكاليف (مليون جنيه استرليني)** | 2 | 4.7 |
| **الفوائد (مليون جنيه استرليني)** | 10.2 | 15.5 |

على افتراض أن التكاليف، والفوائد هي القيم الحالية، وتم حسابها للفترة الزمنية ذاتها:

1. حساب نسبة التكاليف، والمنافع لكل مشروع.
2. كيف يمكن تفسير النتائج لصنَّاع السياسة، باستخدام لغة الشخص العادي؟
3. بالاستناد على نتائج السؤال السابق فقط، أي مشروع توصي به؟
4. حساب صافي القيمة الحالية لكل مشروع.
5. تفسير نتائج الإجابات للسؤال السابق.
6. استناداً إلى هذه النتائج، ما هي توصياتك؟
7. هل غيرت هذه النتائج توصياتك السابقة؟ لماذا أو لم لا؟

## التغذية الراجعة:

1. نسبة المنافع والتكاليف A = 2 / 2. 10 = 1 : 5.1

نسبة المنافع والتكاليف B = 7.4 / 5. 15 = 1 : 3.3

2. 1 جنيه استرليني أنفقت على المشروع A تعود 5.1 جنيه استرليني.

1 جنيه استرليني انفقت على عوائد المشروع B تعود 3.3 جنيه استرليني.

3. للمشروع A عائد عالٍ لكل جنيه تم إنفاقه لذا فإننا نوصي به في المشروع B .

4. صافي القيمة الحالية للمشروع A 10.2-2 = 8.2 جنيه استرليني.

صافي القيمة الحالية للمشروع B 15.5-4.7=10.8 جنيه استرليني.

5. يعطينا المشروع A صافي فائدة بقيمة 8.2 مليون جنيه استرليني. يعطينا المشروع B صافي فائدة بقيمة 10.8 مليون جنيه استرليني.

6. يجني المجتمع مكاسب من المشروع B أكثر من مكاسب المشروع A. لذا فإننا نوصي بالمشروع B.

7. نعم، ومع ذلك، فإن العوامل الأخرى ذات الصلة بحاجة إلى أن تؤخذ بعين الاعتبار:

- المشروع B لديه أكثر من ضعف نفقات رأس المال من المشروع A.
- قد لا يكون المجتمع قادراً على تنفيذ المشروع B بسبب الموارد المحدودة.
- قد يلعب الدعم السياسي، أو الاجتماعي أيضاً دوراً.

## عملية تخصيص موارد الرعاية الصحية النادرة باستخدام فعالية التكاليف وتحليل التكلفة والمنفعة:

هناك نفور كبير بين عامة الجمهور لفكرة وضع قيمة نقدية على حياة الإنسان. لذلك، فإن صنع القرار في مجال الرعاية الصحية، وتحليل فعالية التكلفة وتحليل فائدة التكلفة هي الإطار التقييمي الأكثر شيوعاً. في تحليل التكاليف، والمنفعة وتحليل فعالية التكلفة، فإن الخطوة التالية هي الجمع بين التكاليف، والآثار، في شكل نسبة، ليقدم مؤشراً عاماً من الفعالية ـ التكلفة بطريقة من شأنها أن تُعلم اتخاذ القرارات. اعتماداً على مسألة الدراسة، والمقارنة المطلع عليها، هناك ثلاثة أنواع من نسبة الفعالية ـ التكلفة. لقد تعلمت بالفعل قليلاً عن اثنين منها.

1. متوسط *نسبة الفعالية ـ التكلفة*: على صفقات متوسط نسبة الفعالية ـ التكلفة مع تدخل واحد وتقييم هذا التدخل ضد خيار خط الأساس (مثال: البرنامج أو

الممارسة الحالية). وقد رأينا في الفصل 13 التي يتم حسابها بقسمة التكلفة الإجمالية للتدخل (C) من إجمالي عدد النتائج الصحية عن طريق تدخل (E).

$$\text{متوسط نسبة الفعالية - التكلفة} = \frac{\text{مجموع تكاليف التدخل A}}{\text{مجموع تأثيرات التدخل A}}$$

*نسبة فعالية التكلفة الهامشية:* (يقيم تغيرات محددة في التكليف، والتأثير عند توسيع برنامج، أو انكماشه (مثال: تكاليف إضافية وآثار تطعيم إضافية للطفل). في الواقع إنه من النادر للناتج أن يتغير وحدة واحدة، ولذلك فإن القيمة الهامشية لبرنامج غالباً ما تكون قريبة بقسمة التكاليف الإضافية المرتبطة مع أكبر تغير في الإنتاج أكثر من وحدة واحدة، من خلال التغير في الإنتاج. على سبيل المثال قد تكون تكلفة تمديد خدمة التطعيم نفسها إلى قرية أخرى، وذلك من خلال تقسيمها على عدد إضافي من اللقاحات من أجل تكلفة هامشية تقريبية لكل تطعيم إضافي لطفل.

$$\text{نسبة فعالية التكلفة الهامشية} = \frac{\text{مجموع تكاليف التدخل A} - \text{مجموع تكاليف التدخل 1+A}}{\text{مجموع تأثيرات التدخل A} - \text{مجموع تأثيرات التدخل 1+A}}$$

*نسبة فعالية التكاليف الإضافية:* تقارن الاختلافات بين التكاليف، والنتائج الصحية لاثنين من التدخلات البديلة التي تتنافس على الموارد نفسها، وتوصف عادة بأنها التكاليف الإضافية لكل نتيجة صحية إضافية. تذكرون من الفصل 13 على أن يشمل البسط نسبة فعالية التكاليف الإضافية الاختلافات في تكاليف البرنامج، وهذا يمكن أن يشمل أيضاً تكاليف المرض، وتجنب الخسائر في الإنتاجية اعتماداً على اختيار وجهة النظر. وبالمثل، فإن القاسم المشترك نسبة فعالية التكاليف الإضافية هو الفرق في النتائج الصحية.

$$\text{نسبة فعالية التكاليف الإضافية} = \frac{\text{مجموع تكاليف التدخل B} - \text{مجموع تكاليف التدخل A}}{\text{مجموع تأثيرات التدخل B} - \text{مجموع تأثيرات التدخل A}}$$

وينبغي أن تجدر الإشارة إلى أن كثيراً ما تستخدم مصطلحات نسبة فعالية التكلفة الهامشية ونسبة فعالية التكاليف الإضافية بالتبادل في المؤلفات. وبينما يعتقد كثيرون أن متوسط نسبة الفعالية ـ تكلفة يوفر معلومات غير مفيدة لصانعي القرار، وقامت منظمة الصحة العالمية باستخدامها كجزء من تحليل فعالية ـ التكاليف المعمم (Murray et al. 2000؛ Hutubessy et al. 2002). تحليل فعالية ـ التكاليف المعمم يتطلب تقييم مجموعة من التدخلات فيما يتعلق بواقع من مجموعة لا وجود له من التدخلات ذات الصلة ـ أي التاريخ الطبيعي للمرض. وبالتالي بيانات عن *متوسط نسبة التكلفة ـ الفعالية* للتدخلات، والتي ليس لها صلة بأي صانع قرار معين، وقد تكون نقطة مرجعية مفيدة لتقييم الاتجاهات لتعزيز كفاءة التوزيع في مجموعة متنوعة من الإعدادات. إطار منظمة الصحة العالمية لا يحول دون تحليل *الإضافية* (أو *الهامشية*) للفعالية ـ التكلفة، بل يسمح بالتحديد الحالي (من خلال استخدام متوسط نسبة فعالية التكلفة) لعدم الكفاءة التخصيصية *إضافة* إلى الفرص التي تتيحها تدخلات جديدة (عن طريق استخدام متوسط نسبة فعالية التكلفة).

## نشاط 2.16:

1. حساب (نسبة فعالية التكلفة الهامشية) لتوسيع البرنامج:
   - التكلفة الإجمالية $_A$ = 5.000 جنيه استرليني.
   - التكلفة الإجمالية $_{Ax}$ = 10.000 جنيه استرليني.
   - مجموع النتائج $_A$ = 3.
   - مجموع النتائج $_{Ax}$ = 5.

   حيث الحروف السفلية:
   - A يشير إلى البرنامج الأصلي.
   - AX يشير إلى البرنامج الموسَّع.
2. حساب نسبة فعالية التكاليف الإضافية للبرنامجين البديلين، A، وB، والتنافس على الموارد، يعطي:
   - التكلفة الإجمالية A = 5.000 جنيه استرليني.
   - التكلفة الإجمالية B = 26.000 جنيه استرليني.

- مجموع النتائج A= 3.
- مجموع النتائج B = 10.

حيث نتائج البرنامج هو عدد حالات المرض المنسوبة إلى برنامج من الحجم نفسه للسكان المرضى.

## التغذية الراجعة:

1. (نسبة فعالية التكلفة الهامشية) هي نسبة الاختلافات في مجموع التكاليف، ومجموع النتائج بين مستوى البرنامج الأولي، ومستوى التوسع.

نسبة فعالية التكلفة الهامشية = (3-5) / 5.000 جنيه استرليني ـ 10.000 جنيه استرليني

نسبة فعالية التكلفة الهامشية = 5.000/2 جنيه استرليني

نسبة فعالية التكلفة الهامشية = لكل ناتج 2.500 جنيه استرليني

2. (نسبة فعالية التكاليف الإضافية) هي نسبة الاختلافات في مجموع التكاليف، ومجموع النتائج بين البرنامجين.

نسبة فعالية التكاليف الإضافية = (3-10) /5.000 (جنيه استرليني ـ 10.000 جنيه استرليني)

نسبة فعالية التكاليف الإضافية = 21,000/7

نسبة فعالية التكاليف الإضافية = كل حالة مرضية يتم وقايتها 3.000 جنيه استرليني

### مقارنة التدخلات:

عندما يكون الخيار بين التدخل الجديد، والوضع الراهن، ينبغي أن يبدأ المحلِّل من خلال تطبيق مبدأ الهيمنة (التي تسمى أحياناً قوة الهيمنة). تفضل الهيمنة استراتيجية أكثر فعالية، *وأقل تكلفة* في آن واحد. قد يكون التدخل جديد، أو الوضع الراهن يفضلان استخدام هذا المبدأ. عندما يكون أحدهم أكثر فعالية، وأكثر تكلفة، يجب أن يقرر صانع القرار ما إذا كان زيادة الفعالية تبرر تكلفة تحقيق ذلك. يتم ذلك عن طريق حساب نسبة الفاعلية ـ التكلفة.

في الدراسات التي تقارن بين عدة تدخلات يستبعد بعضها بعضاً ـ مثال: إذا كان شخص ما يتلقى واحدة من التدخلات فإنهم لا يستطيعون الحصول على غيرها ـ ينبغي تطبيق مبدأ هيمنة إضافي. المحلل يجب أولاً أن يطبق مبدأ الهيمنة القوية، وأي من التدخلات المتنافسة يستبعد ما إذا كان تدخل آخر أكثر فعالية، وأقل تكلفة، أو العكس. ينبغي للمحلل بعد ذلك تطبيق مبدأ هيمنة طويلة (وتسمى أحياناً هيمنة الضعيف). وأمرت لائحة التدخلات، بتقليص البدائل قوية الهيمنة، من خلال الفعالية. تتم مقارنة كل تدخل إلى البديل التالي الأكثر فعالية عن طريق حساب نسبة فعالية التكلفة الإضافية قواعد الهيمنة الممتدة تستبعد أي تدخل والذي لديه نسبة فعالية التكلفة الإضافية أكبر من تلك التدخلات الأكثر فعالية. صانع القرار يفضل التدخل الأكثر فعالية مع انخفاض نسبة فعالية التكلفة الإضافية. بموافقة التدخلات الأكثر فعالية، ونوعية سنوات العمر المعدَّلة أو تجنب الإعاقة في سنوات الحياة المعدلة، على سبيل المثال، يمكن شراؤها بشكل أكثر كفاءة. لاحظ أنه يمكن تطبيق مبادئ هيمنة التدخلات أيضاً عن طريق ترتيب تكلفتها، والنتيجة نفسها ستؤتي ثمارها. ويمكن لمبادئ الهيمنة أن تُطبق عندما يتم تصنيف التدخلات حسب ترتيب تكلفتها؛ والنتائج نفسها سوف تحصد. إن مبادىء الهيمنة من الممكن أن تتطبق عندما تكون النتائج يمكن قياسها في وحدات أخرى غير عجز سنوات العمر المعدلة، أو نوعية سنوات الحياة المعدلة. من المهم أن نلاحظ أن هذا النهج هو الصحيح من الناحية الفنية، ومعايير أخرى تشكل السياسات إضافة إلى الكفاءة.

**مقارنة التكاليف، والآثار المتعددة، والمتبادلة للتدخلات:**

افترض وجود خمسة تدخلات (A – E) متاحة إضافة إلى مستوى الرعاية.

يتم عرض متوسط التكلفة، ونوعية سنوات الحياة المعدلة لكل مريض في (الجدول 2.16).

**(الجدول 2.16): متوسط التكلفة، ونوعية سنوات الحياة المعدلة في مقارنة افتراضية من التدخلات**

| *التدخل* | *جنيه استرليني لكل مريض* | *نوعية سنوات الحياة المعدلة لكل مريض* |
|---|---|---|
| معيار الرعاية | 50 | 1.0 |
| A | 120 | 1 |
| B | 100 | 2.0 |
| C | 250 | 3.0 |
| D | 350 | 4.0 |
| E | 550 | 5.0 |

يمكننا استبعاد التدخل A حيث إنه يسيطر بشدة علي التدخل B، مثال: تدخل B على حد سواء أرخص، وأكثر فعالية. إزالة التدخل A من الجدول، تتم مقارنة كل تدخل الآن إلى البديل التالي الأكثر فعالية عن طريق حساب نسبة فعالية التكلفة الإضافية. هذه النتائج في (الجدول 3.16).

**(الجدول 3.16): مقارنة افتراضية للتكاليف، وآثار التدخلات (تابع)**

| *التدخل* | جنيه استرليني لكل مريض | *نوعية سنوات الحياة المعدلة لكل* مريض | *نسبة فعالية التكلفة الإضافية جنيه استرليني* |
|---|---|---|---|
| معيار الرعاية | 50 | 1.0 | – |
| B | 100 | 2.0 | 50 |
| C | 250 | 3.0 | 150 |
| D | 350 | 4.0 | 100 |
| E | 550 | 5.0 | 200 |

يمكننا استبعاد التدخل C حيث سيادته ضعيفة من قبل التدخلات B وD. على سبيل المثال، إذا أعطيت 100 مريض التدخل C سيكلف 25.000 جنيه استرليني و 300 وحدة من التأثير سيتم اكتسابها، ولكن، 300 وحدة يمكن الحصول عليها (50 × 2 + 50 × 4) بتكلفة 22.500 جنيه استرليني (50 × 100 جنيه استرليني + 50 × 350 جنيه استرليني) إذا أعطيت 50 مريضاً التدخل B، ويتم إعطاء 50 مريضاً التدخل D. أو بدلاً من ذلك، 320 وحدة يمكن أن تكتسب (40 × 2 + 60 × 4) بتكلفة 25،000 جنيه استرليني (40 × 100 جنيه استرليني + 60 × 350 جنيه استرليني) إذا أعطيت 40 مريضاً التدخل B ويتم إعطاء 60 مريضاً التدخل D. الهيمنة الضعيفة، أو الموسعة تتطلب افتراضين قويين: 1) أن العلاجات تكون قابلة للقسمة تماماً، و2)، حيث إن هناك عوائد ثابتة لتوسيع النطاق. وبعبارة أخرى، فإنه يجب أن يكون من الممكن تقديم البدائل B ، وD إلى عدد أقل من المرضى دون أي تغيير في الفعالية–التكلفة. وتظهر النتائج النهائية في (الجدول 4.16).

**(الجدول 4.16): النتائج النهائية للتحليل الافتراضي لتحليل الفعالية ـ التكاليف**

| *التدخل* | جنيه استرليني لكل مريض | *نوعية سنوات الحياة المعدلة لكل مريض* | *نسبة فعالية التكلفة الإضافية جنيه استرليني* |
|---|---|---|---|
| معيار الرعاية | 50 | 1.0 | – |
| B | 100 | 2.0 | 50 |
| D | 350 | 4.0 | 125 |
| E | 550 | 5.0 | 200 |

## تفسير بيانات الفعالية ـ التكاليف: مستوى الفعالية ـ التكاليف:

تمثل نسبة الفعالية ـ التكاليف الإضافية مقياساً لمدى كفاءة التدخل المقترح التي يمكن أن تنتج وحدة إضافية من التأثير (مثلاً عجز سنوات الحياة المعدلة المتجنبة، أو نوعية سنوات الحياة المعدلة المكتسبة). باستخدام هذه الطريقة القياسية، فإن الفعالية ـ التكلفة للتدخلات البديلة يمكن مقارنتها، مما يساعد واضعي السياسات التقرير لما يتم اعتماده. هدف صانع القرار هو اتخاذ جميع التدخلات الصحية والتي تمثل طرقاً فعالة لتجنب الوفيات، و/أو المراضة أو، على العكس لكسب الصحة.

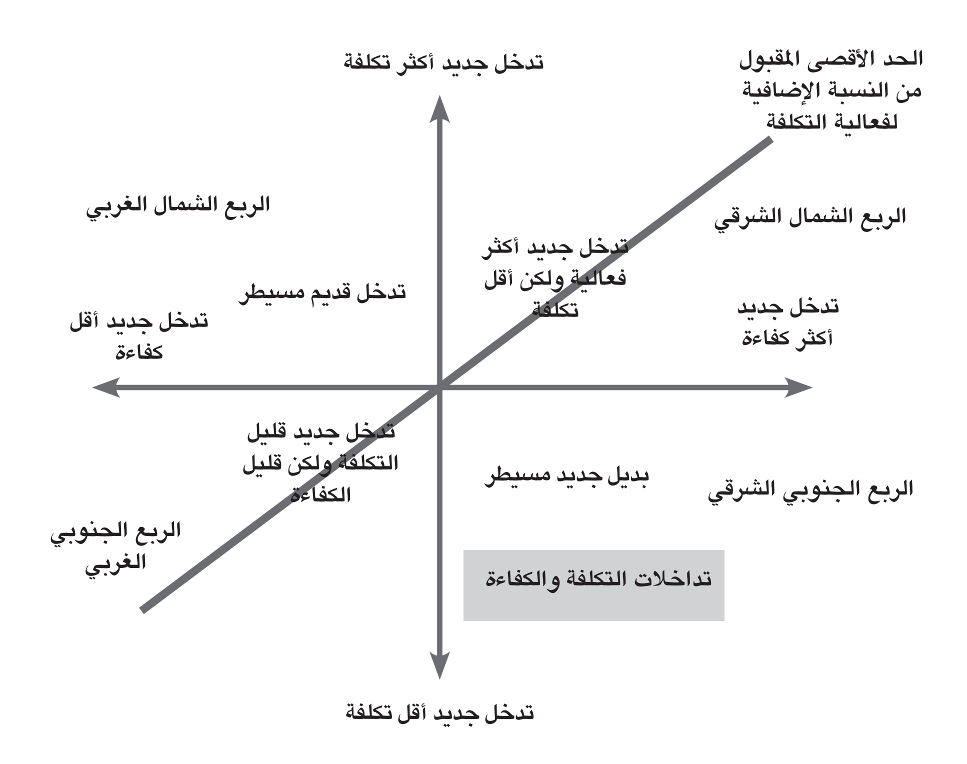
يمكن تمثيل التكاليف الإضافية، والتأثير الإضافي بشكل مرئي باستخدام مستوى الفعالية ـ التكاليف الإضافية. المحور الأفقي يقسم الخطة وفقاً للتأثير الإضافي (إيجابي فوق، سلبي أدناه (والمحور الرأسي يقسم الخطة وفقاً للتكلفة الإضافية) إيجابية من اليمين إلى سلبية من اليسار). هذا يقسم خطة الفعالية ـ التكاليف الإضافية إلى أربعة أجزاء من خلال المنشأ (انظر الشكل 1.16).

لكل ربع اختلاف ضمني للقرار. إذا كان نسبة فعالية التكلفة الإضافية يقع في جنوب شرق الربع، مع تكاليف سلبية وآثار إيجابية، فإن التدخل الجديد يهيمن، ويعتبر دائماً فعالاً من حيث التكلفة إذا سقطت نسبة فعالية التكلفة الإضافية في

الربع الجنوبي الشرقي مع تكاليف سلبية وآثار إيجابية فإن التدخلات الجديدة تهيمن وتضع فعالية التكلفة في الاعتبار. إذا سقطت نسبة فعالية التكلفة الإضافية في الربع الشمال الغربي، مع تكاليف إيجابية وآثار سلبية، فإن التدخل الجديد يهيمن ولا يعتبر أبداً من الفعالية ـ التكلفة. إذا سقطت نسبة فعالية التكلفة الإضافية في الربع الشمال الشرقي، مع تكاليف إيجابية وآثار إيجابية، أو الربع الجنوبي الغربي، مع تكاليف سلبية، وآثار سلبية، فإن المفاضلة بين التكاليف، والآثار تحتاج إلى النظر فيها.

هذين الربعين يمثلان الحالة التي يكون فيها التدخل الجديد قد يكون من الفعالية ـ التكلفة مقارنة بالممارسة الحالية، معتمداً على القيمة التي عندها نسبة فعالية التكلفة الإضافية تعتبر قيمة جيدة للمال.

من أجل التقرير ما إذا كان التدخل يقدم قيمة جيدة للمال، لابد من مقارنة نسبة فعالية التكلفة الإضافية إلى حد نقدية محدد. هذا الحد يمثل الحد الأقصى الذي يجعل صانع القرار على استعداد لدفع ثمن الآثار الصحية. التدخل يعتبر الفعالية ـ التكلفة إذا كان نسبة فعالية التكلفة الإضافية يقع أسفل هذا الحد، وليس الفعالية ـ التكلفة. على سبيل المثال، إذا كان صانع القرار على استعداد لدفع مبلغ إضافي 50.000 جنيه استرليني لمدة سنة من الحياة، يعتبر تدخل فعالية ـ تكلفة إذا كان نسبة فعالية التكلفة الإضافية أقل من 50.000 جنيه استرليني في سنة من الحياة المكتسبة. في الحالات التي لم ينص فيها صراحة على هذا الحد، وقانون صنع القرار ينطوي على قيمة الحد. بناء على توصية من لجنة الاقتصاد الكلي، والصحة (Health Organization 2001) ، منظمة الصحة العالمية تصنف التدخلات على إنها عالية المردود لبلد معين إذا أظهرت النتائج أنها تجنب عجز سنوات الحياة المعدلة لأقل من نصيب الفرد القومي الإجمالي المحلي. إن العديد من البلدان لديها الحد الخاص بها. على سبيل المثال، 50،000 دولاراً لكل نوعية سنوات حياة معدلة مكتسبة (1982 دولار أمريكي) يشيع استخدامها كحد في الولايات المتحدة الأمريكية (Hirth et al. 2000). وبالمثل، في كندا نطاق القيم المقترحة هي 20.000–120.000 دولاراً كندياً (1990 دولار كندي) (Laupacis et al 1992). في المملكة المتحدة، ويشيع استخدام 20.000–30.0002 جنيه استرليني/ نوعية سنوات الحياة المعدلة في التقييم الاقتصادي كنسبة قصوى. هذه الحدود كلها تطبق صناعة القرارات على المستوى الوطني، ولكن قد يتم اتخاذ القرارات على المستوى الدولي، والمستويات دون الوطنية، أو مستوى المستشفى الفردية، وصناع القرار قد يرغبوا في تحديد الحدود وفقاً لسياقهم الخاص.




**(الشكل 1.16): مستوى الفعالية (الكفاءة) ـ التكاليف.**

لاحظ أن نسبة فعالية التكلفة عادة تبين كنطاق. النطاق ينشأ من تحاليل الحساسية، ويعكس عدم اليقين الكامن وراء الافتراضات في تقدير كلٍ من التكاليف، والنتائج.

## تطبيقات التقييم الاقتصادي وطنياً ودولياً:

لقد أصبح من المألوف في السنوات الأخيرة إجراء مقارنات (في جداول، أو تصنيفات) بين تدخلات الرعاية الصحية من حيث نسبة الفعالية ـ التكلفة، في التكلفة لكل سنة من سنوات العمر، التكلفة لكل نوعية سنوات الحياة المعدلة مكتسب، أو التكلفة لكل عجز سنوات الحياة المعدلة. ومع ذلك، فإن الجداول عادة تقارن النسبة

الإضافية لفعالية التكلفة من الدراسات التي تحسب هذه النسب باستخدام الوسائل، والافتراضات المشتملة على اختيار المقارنة، اختيار معدل الخصم، والأفق الزمني، وأيضاً الجماعة الفرعية من السكان (Gerard and Mooney 1993). الاختلافات المنهجية بين الدراسات من الممكن أن تؤثر على تصنيف الدراسات، وبالتالي فإن القرارات المأخوذة تستخدم التي جدولاً دورياً قد لا تعكس دائماً الاختلافات في القيمة النسبية للمال للتدخلات. ومع ذلك، كانت هناك محاولات للحصول على قدر أكبر من التماسك في منهجية التقييم الاقتصادي. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الجداول عموماً لا تتضمن تدابير لعدم اليقين من تقديرات الفعالية ـ التكلفة. على الرغم من هذه القضايا، فإن التقييم الاقتصادي قد استخدم الخدمات الصحية التموينية من خلال التأثير على تصميم لمجموعة متنوعة من الحزم الأساسية من الرعاية الصحية في البلدان المتقدمة، والنامية كما تظهر الأمثلة التالية.

## البنك الدولي (1993) تقرير التنمية العالمية:

في عام 1993 قدم تقرير *التنمية العالمية للبنك الدولي* (World Bank 1993) ممارسة لتحديد الأولويات العالمية التي أدت إلى توصيات حول الصحة العامة الأساسية والإكلينيكية من حزم الخدمات للبلدان المنخفضة، والمتوسطة الدخل. وتقرير التنمية العالمية يستخدم سنوات العمر الضائعة لقياس عبء الأمراض المختلفة، ودعت إلى حد أدنى (أو الصحية الأساسية) من التدخلات الصحية العامة، والخدمات الإكلينيكية التي ينبغي أن تمول من الموارد العامة. واعتبر الشراء الجيد واحدة من كلٍّ من الفعالية ـ التكلفة، وتعالج عبئاً كبيراً من الأمراض. (الجدول 5.16) يعرض مجموعة (حزمة) أساسية لتدخلات الصحة العامة لتقرير التنمية العالمية. من البلدان ذات الدخل المرتفع لا يوجد سوى بضعة أمثلة من هذا القبيل. المخطط الذي يجذب اهتماماً كبيراً، ومناقشة هو «خطة أوريغون».

**(الجدول 5.16): الفعالية ـ التكلفة للتدخلات الصحية (ومجموعات من التدخلات) المتضمنة في حزمة الحد الأدنى من الخدمات الصحية في البلدان منخفضة الدخل**

| *مجموعة البلد، ومكونات الحزمة* | *تكلفة كل عجز سنوات الحياة المعدلة (دولار أمريكي)* |
|---|---|
| **الصحة العامة** | |
| برنامج التحصين الموسع الإضافي | 17-12 |
| برنامج الصحة المدرسية | 25-20 |
| برامج الصحة العامة الأخرى (بما في ذلك تنظيم الأسرة، معلومات الصحة، والتغذية) | b |
| برنامج مكافحة التبغ، والكحول | 55-35 |
| برنامج الوقاية من الإيدز | 5-3 |
| **الخدمات الإكلينيكية** | |
| البرنامج القصير للعلاج الكيميائي لمرض السل | 5-3 |
| إدارة الطفل المريض | 50-30 |
| تقديم الرعاية قبل الولادة | 50-30 |
| تنظيم الأسرة | 30-20 |
| العلاج من الأمراض المنقولة جنسياً | 3-1 |
| الرعاية المحدودة | 300-200 |

*لاحظ:* كيف يتم تقريب التكلفة لكل عجز سنوات الحياة المعدلة إلى أقرب دولار.

أ. ويشمل المعلومات، والاتصالات، والتعليم على عوامل الخطر المحددة، والسلوكيات الصحية، بالإضافة إلى المراقبة الموجهة ومكافحة الأمراض، والرصد.

ب. يتم حساب الفوائد الصحية من المعلومات، والاتصالات، ومراقبة الأمراض من الخدمات الأخرى في القطاعين العام، والإكلينيكي في الحزمة الصحية. الفوائد الصحية من المراقبة الموجهة هي افتراضات غير معروفة؛ وإذا كانت مثل هذا الانتشار في الارتفاع، فإن الفوائد المحتملة ستكون أكبر.

ج. يستبعد العلاج من الأمراض المنقولة جنسياً التي هي في حزمة الخدمات الإكلينيكية.

*Source:* Adopted from (World Bank 1993).

## خبرة أوريغون:

في عام 1989 أطلقت الولايات المتحدة الأمريكية ولاية أوريغون مبادرة للعلاج التمويني في إطار مخطط طبي. وكان الهدف، في إطار ميزانية ثابتة، تقديم الخدمات الأكثر فعالية لأكبر عدد من الناس، بدلاً من تقديم خدمات أقل كفاءة للجميع. لقد تم تطوير نهج الجدول الدوري الذي يحتل تدخلات الرعاية الصحية من حيث المكاسب الصحية ذات الصلة بنوعية الحياة. منذ عام 1989 قد وضعت عدة قوائم للسماح ببعض المرونة من أجل التغيير، وتحسين المنهجية. على سبيل المثال، في الإصدار الذي تم تنفيذه في1994 ،565 من العلاجات أدرجت وتُعوض هذه العلاجات من المساعدين الطبيين. ولاسيما، فإن الجمهور قد شارك في هذه العملية والتفضيلات وقيم لجان المجتمع المدرجة في العملية المعقدة من ترتيب نتائج العلاج (Ganiats and Kaplan 1996). خلال المناقشات العامة فإن النهج انتقد لمجموعة متنوعة من الأسباب المنهجية، الأخلاقية، والسياسية:

1. هل يبرر استخدام الأفضليات المستقبلة غير الطبية لتحديد أولويات المستفيدين للخدمات من الفقراء؟
2. هل الطرق المستخدمة لتوصيل الأوزان المستخدمة يمكن الاعتماد عليها؟ لقد أسفرت أساليب مختلفة عن أوزان مختلفة.
3. إن المستفيدين من المساعدات الطبية هم أساساً الفقراء، ومن بينهم نساء، وأطفال، هل تقنين التمييز ضد أولئك الذين هم الأكثر ضعفاً، ويحتاجون إلى رعاية أكثر؟
4. هل للسياسين ولاية على الخدمات الصحية التموينية، قبل قطاعات أخرى من الإنفاق مثل الدفا ع، أو استكشاف الفضاء تأتي تحت رقابة وثيقة مماثلة؟

ويقول المؤيدون لهذا النظام أن التقنين يحدث في جميع نظم الرعاية الصحية، على الرغم من أن أغلبهم غير مرئي ضمني، في حين أن المحاولات مثل خطة التقنين تجعل خطة أوريغون واضحة، ومرئية. كما إنها تؤكد أيضاً أن الخطة زادت فرص الحصول على رعاية للعديد من المستلمين. كما أظهرت المناقشة، إن التقييم الاقتصادي لتحديد الأولويات يتضمن قضايا سياسية، معقدة، وأخلاقية، وليس مجرد عملية تقنية.

## المعهد الوطني للصحة ـ والتميّز الإكلينيكي:

إن المعهد الوطني للصحة، والتفوق الإكلينيكي، أو هو هيئة صحية خاصة

للخدمات الصحية الوطنية في إنجلترا وويلز. بافتراض أن للخدمات الصحية الوطنية ميزانية محدودة، فإن يحاول المعهد الوطني للصحة، والتميّز الإكلينيكي تقييم الفعالية ـ التكلفة من النفقات المحتملة لتحديد ما إذا كانت، أو لم تكن تمثل «أفضل قيمة» مقابل المال من العلاجات التي من شأنها أن تكون مهملة إذا حدثت النفقات. المعهد الوطني للصحة والتمييز الإكلينيكي. يستخدم نوعيةِ سنوات الحياة المعدلة لقياس الفوائد الصحية التي يقدمها نظام علاج معين. نظرياً قد يكون من الممكن وضع جدول لجميع العلاجات الممكنة التي تم فرزها بزيادة التكلفة لكل نوعية سنوات الحياة المعدلة مكتسبة. فإن هذه العلاجات مع أقل تكلفة لكل نوعية سنوات الحياة المعدلة مكتسبة تظهر في الجزء العلوي من الجدول، وتقدم أكبر قدر من الفائدة للرطل الواحد المستهلك، وسيكون أسهل لتبرير تمويلها. وتلك التي عندها الفوائد المستلمة تكون منخفضة، والتكلفة عالية ستظهر في الجزء السفلي من القائمة. وصناع القرار، من الناحية النظرية، والعمل باستمرار على الجدول، متبعين الخدمات التي هي الأكثر فعالية ـ تكلفة. والنقطة التي تُستنفذ عندها للخدمات الصحية الوطنية ميزانيتها سوف تكشف عن حد الفعالية ـ التكلفة. في الواقع لم يتم تنفيذ هذه العملية، ولكن لقد استخدم الحد من قبل المعهد الوطني للصحة والتمييز الإكلينيكي لسنوات عديدة في تقييماتها لتحديد العلاجات التي ينبغي للخدمات الصحة الوطنية أو التي لا ينبغي أن ويجب أن تمول 20.000 ـ 30.000 جنيه استرليني لكل نوعية سنوات الحياة المكتسبة، على الرغم، من الناحية العملية، أن الحد لرفض التقنيات وجدت لتكون في حدود 35.000 جنيه استرليني إلى48.000 جنيه استرليني (Devlin and Parkin 2004).

## اتفاق كوبنهاجن:

والمثال الأخير هو إجماع كوبنهاغن، والتي تحاول بين قطاعات تحديد الأولويات ومن ثم يحتاج إلى استخدام تحليل فائدة التكلفة. والهدف من مشروع إجماع كوبنهاغن هو استخدام تحليل فائدة التكلفة لتحديد الأولويات بين سلسلة من المقترحات لمواجهة 10 تحديات عالمية كبرى. هذه التحديات، يتم اختيارها من مجموعة أوسع من القضايا المحددة من قبل الأمم المتحدة، هي: النزاعات الأهلية، وتغير المناخ، والأمراض المعدية؛ والاستقرار المالي، والتعليم، والحكم، والجوع وسوء التغذية، والهجرة، وإصلاح التجارة، والمياه والصرف الصحي. ودعي فريق من الخبراء الإقتصاديين للنظر في هذه القضايا. وسئل الفريق لمعالجة مجالات التحدي الـ 10 وللإجابة على السؤال «ماذا سيكون أفضل السبل لدفع عجلة الرفاهية العالمي، وخاصة رفاهية البلدان

النامية، لنفترض أن 50 مليار جنيه استرليني إضافياً من الموارد كانت تحت تصرف الحكومات؟ اجتماع عام 2004 وجد أن مكافحة فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز كان له معدل عال جداً من العودة، وينبغي أن يكون على رأس قائمة الأولويات في العالم. حوالي 28 مليون حالة من الممكن منعها في 2010. فإن التكلفة ستكون 27 مليار جنيه استرليني، مع فوائد ارتفاع ما يقرب من 40 ضعفاً. انظر لمزيد من التفاصيل www.copenhagenconsensus.com.

## نشاط 3.16:

من وجهة نظرك، كيف يمكن أن تشجع على استخدام التقييمات الاقتصادية في الإعداد؟

## التغذية الراجعة:

قد ترغب في النظر في كل من العرض، والطلب من الأدلة الاقتصادية. على سبيل المثال، فيما يتعلق بالسابق، يمكن تشجيع صانعي القرار إلى الاعتراف بأهمية النظر في النتائج الاقتصادية المترتبة على قراراتهم. وفيما يتعلق بهذه النقطة الأخيرة، هل هناك ما يكفي من اقتصاديات الصحة، وغيرها من التدريب، والخبرات ذات الصلة حيث يمكن لصناع القرار أن يثقوا في نتائج الدراسات التي يتم تنفيذها؟

## بعض المزايا والعيوب المتصورة للتقييم الاقتصادي:

كأداة لصنع القرار التي تساعد على تخصيص الموارد النادرة للبرامج التي تحقق أقصى قدر من المنفعة الاقتصادية الاجتماعية، تحليل التكلفة، والفائدة يجبر المحللين لدراسة التأثير الاقتصادي الكامل لجميع النتائج المحتملة لهذا التدخل. معرباً عن نتائج هذا التحليل في صورة نقدية شاملة بحتة يجعل من الممكن المقارنة بين مختلف البرامج التي لديها نتائج صحية مختلفة، أو برامج صحية لبرامج غير صحية. وعلاوة على ذلك، فإن تحديد جميع الاحتياجات من الموارد (التكلفة)، والفوائد من التدخل، أو البرنامج الذي يسمح للمحللين بدراسة جوانبها التوزيعية (مثل الذين سيتلقون هذه الفوائد، ومن سيتحملون التكاليف). التقييد الرئيسي من تحليل الفائدة، والتكلفة هو صعوبة تحديد القيم المرتبطة بالقيمة النقدية للاستحقاقات (مثل الحياة

البشرية الموسعة، وتحسين الصحة وإنقاص المخاطر الصحية). وإلى جانب تعقيد الأساليب المختلفة المصممة لتقييم هذه الفوائد، والمحللون عادة يواجهون الجدل حول مدى ملاءمة ربط قيمة نقدية معينة لحياة الإنسان.

قياس التكلفة لكل وحدة من *النتيجة الصحية* في تحليل التكلفة، والمنفعة/تحليل فعالية التكلفة تلتف على ضرورة إجراء تقييم صريح للحياة البشرية. ومع ذلك، عندما تكون القرارات حول ما إذا كان التدخل يُنفذ لإنقاذ الحياة على أساس تدبير فعاليتها، يجب على صانعي السياسات اتخاذ القرار *الضمني* حول ما إذا كان الاستثمار يستحقٍ الحفاظ علي الحياة. تحليل التكلفة والفائدة يجعل هذه النظرة *صريحة*. وأخيراً، كما هو الحال في أي دراسة أخرى، فإن نتائج التقييم الاقتصادي ليست سوى جيدة مثل الافتراضات والتقديرات التي تستند إليها. إن فهم الآثار المترتبة على افتراضات، وأساليب التحليل ضروري للتفسير الصحيح للنتائج.

## نشاط 4.16:

أجب بصح، أو خطأ على الأسئلة التالية:

1. تحليل فعالية التكلفة تستخدم على نطاق واسع في مجال الصحة العامة لتقييم البرامج البديلة، أو السياسات للحصول على أقصى نتائج صحية لمستوى معين من الموارد.
2. تحليل فعالية التكلفة ستكون مفيدة للمنظمة لتحديد العائد على الاستثمار من برنامج الصحة.
3. إن تحليل فعالية التكلفة تكون مفيدة في المقارنة بين اثنين من برامج مختلفة، يجب أن توظف النتائج الصحية الأكثر شيوعاً.
4. يمكن استخدام نتائج تحليل فعالية التكلفة لتقييم برامج التطعيم المصممة لتخفيض معدل وفيات الرضع في البلدان النامية من قبل مدير البرنامج في المملكة المتحدة للحصول على أدلة من برامج الفعالية ـ التكلفة.

## التغذية الراجعة:

1. صحيح.

2. خطأ. تحليل التكلفة، والفائدة. يقيس النتائج الصحية من حيث القيمة النقدية، وينبغي أن يستخدم لتحديد العائد على الاستثمار لبرنامج صحي معين.

3. صحيح.
4. خطأ. عوامل الخطر، والتعرض للأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات بين الأطفال في العالم النامي تختلف عن تلك التي يتعرض لها الأطفال في الدول المتقدمة، الأمر الذي يؤدي إلى نتائج متباينة لا ينبغي مقارنتها.

## عشرة أسئلة للسؤال في أي دراسة ـ القائمة المرجعية دروموند:

كصانع قرار في القطاع الصحي، قد تجد نفسك في موقف تلقي التقييم الاقتصادي على أساس أنه يمكن أن يتوقع منك أن تأخذ بعض الإجراءات. ووضعت الأسئلة التالية من قبل دروموند، وستودارت (Drummond and Stoddart) في مقال عام 1985، وأنها صمدت أمام اختبار الزمن. توفر هذه الأسئلة إطار عمل لتقييم النتائج لأي تقييم اقتصادي (Drummond et *al*. 2005).

1. هل السؤال المحدد الذي طرح في شكل مسألة واضح؟

أ) هل تكشف الدراسة كل من تكاليف، وآثار الخدمات، أو البرامج؟

ب) هل تنطوي الدراسة على المقارنة بين البدائل؟

ج) هل تم ذكر وجهة نظر للتحليل، أو هل وضعت الدراسة في سياق خاص بصناعة القرار؟

2. هل كان وصف البدائل المتنافسة المعطاة شاملاً؟

أ) هل تم حذف أي بدائل مهمة؟

ب) هل كان (يجب) «فعل» «لاشيء») بديل (يؤخذ في الاعتبار)؟

3. هل هناك دليل على إنشاء البرامج الفعالة؟ هل تم ذلك من خلال تجربة عشوائية أو رقابة إكلينيكية؟ إذا لم يكن كذلك؟ ما هو مدى قوة فعالية الأدلة؟

4. هل تم تحديد جميع التكاليف، والنتائج المهمة ذات الصلة لكل بديل؟

أ) هل كان النطاق واسع بما يكفي ليكون سؤال البحث في متناول اليد؟

ب) هل غطى جميع نقاط البحث (مثال مصالح المجتمع، المرضى، ودافعي الطرف الثالث)؟

ج) هل تم إدارج التكاليف الرأسمالية، وكذلك تكاليف العمل؟

5. هل تم قياس التكاليف، والنتائج بشكل دقيق بوحدات مادية مناسبة (مثال ساعات التمريض، عدد زيارات الطبيب، أيام العمل الضائعة، أو سنوات العمر المكتسبة) قبل التقييم؟

أ) هل تم حذف أي عناصر محددة من القياس؟ وإذا كان الأمر كذلك، هل هذا يعني أنه لا قيمة له في التحليل اللاحق؟

ب) هل هناك أي ظروف خاصة (مثل الاستخدام المشترك للموارد) أدت إلى صعوبة القياس؟ هل تم التعامل مع هذه الظروف بشكل مناسب؟

6. هل تم تقدير التكاليف، والنتائج بمصداقية؟

أ) هل تم تحديد مصادر جميع القيم (مثل قيم السوق، أفضليات المريض أو العميل، آراء واضعي السياسات، أحكام المتخصصين في الرعاية الصحية) بشكل واضح؟

ب) هل استخدمت قيم السوق للتغييرات التي تنطوي على الموارد المكتسبة، أو المستعملة؟

ج) في حالة غياب قيم السوق (مثال: عند استخدام المتطوعين)، أو لم تعكس القيم الفعلية (مثل التبرع بمساحة العيادة بسعر منخفض) هل كانت تتم التعديلات بشكل قريب من قيم السوق؟

د) هل طرق تقييم النتائج لهذا السؤال المطروح مناسبة (مثل النوع المناسب، أو الأنواع، من تحليل الفعالية ـ التكلفة، عائد التكلفة، أو التكلفة ـ المنفعة المختارة)؟

7. هل تم تعديل التكاليف، والنتائج لفرق التوقيت؟

أ) هل التكاليف، والنتائج التي تمت في المستقبل مخفضة لقيمها الحالية؟

ب) هل تم إعطاء أي مبرر لمعدل الخصم المستخدم؟

8. هل تم إجراء تحليل إضافي لتكاليف، ونتائج البدائل؟ هل تم مقارنة التكاليف الإضافية الناتجة عن استخدام بديل واحد على الآخر مع الآثار الإضافية، الفوائد أو المنافع الناتجة؟

9. هل تم إجراء تحليل حساسية؟

أ) هل تم استخدام التبرير المقدم لنطاقات القيم (من المعايير الأساسية) في تحليل الحساسية؟

ب) هل كانت نتائج الدراسة حساسة لتغييرات القيم (ضمن النطاق المفترض)؟

10. هل شمل عرض، ومناقشة نتائج الدراسة جميع القضايا المتعلقة بالمستخدمين؟

أ) هل كانت نتائج التحليل علي أساس المؤشر العام، أو معدل التكاليف إلي النتائج (مثال نسبة فعالية التكلفة)؟ إذا كان الأمر كذلك، هل كان المؤشر مفسراً بشكل ذكي، أو بطريقة ميكانيكية؟

ب) هل تمت مقارنة النتائج مع نتائج الدراسات الأخرى التي أجريت على الأسئلة نفسها؟

ج) هل ناقشت الدراسة تعميم النتائج للإعدادات الأخرى ومجموعات المرضى/ العيادة؟

د) هل لمحت الدراسة إلى، أو أخذت في الاعتبار، العوامل المهمة في الاختيار، أو قرار إعادة النظر (مثال توزيع التكاليف، والنتائج، أو القضايا الأخلاقية المتعلقة بذلك)؟

هـ) هل ناقشت الدراسة قضايا التنفيذ، مثل جدوى اعتماد البرنامج المفضل، القيود المالية القائمة، أو غيرها، مع إمكانية استخدام أي موارد محررة لبرامج أخرى جديرة بالاهتمام؟

## معايير أخرى يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند اتخاذ القرارات:

في حين أن التركيز في هذا الفصل على القيمة مقابل المال ـ وهذا هو، إذا كانت السياسة الصحية ينبغي اعتمادها، وليس من يدفع ثمن ذلك ـ إذا كان الهدف من ذلك هو اتخاذ قرار بشأن كيفية إنفاق الأموال العامة، والتقييم الاقتصادي هو واحد فقط من تسعة على الأقل من المعايير ذات الصلة لتحديد الأولويات في مجال الصحة. مسائل التكلفة وحدها، كما تفعل قدرات المستفيدين المحتملين لدفع ثمن التدخل. المعايير الأخرى التي قد تؤثر على أولويات تشمل الأسهم الأفقية، والأسهم العمودية (التي نوقشت في الفصل السابع عشر)؛ كفاية الطلب، والمواقف العامة والرغبات. ما إذا كان التدخل هو الصالح العام وما إذا كانت تعطى عوامل خارجية جوهرية، وهي مبررات تقليدية للتدخل العام، وذلك، لأن الأسواق الخاصة لا يمكن توفيرها بكفاءة، كما هو الحال في القطاعات الأخرى.

الفقر والإفقار من خطر اعتلال الصحة والذي من الممكن أيضاً أن يؤثرٍ على الأولويات؛ كذلك الميزانيات المتاحة، وقرارات مدى إتاحة شراء التدخلات. وأخيراً، فإن فعالية أي تدخل، وكذلك الدرجة التي تستحق الأولوية تعتمد على مدى كونها مناسبة ثقافياً أو مقبولة للسكان للاستفادة منها. تدخلات مماثلة، من الناحية الفنية، قد تؤدي إلى درجات مختلفة من الاستخدام، أو الامتثال في مجموعات سكانية مختلفة، وربما تكون هناك حاجة للمعلومات، والحوافز لتحقيق النتائج المحتملة الكاملة.

## الملخص:

لقد نظرت في هذا الفصل في عملية الجمع بين التكاليف، والنتائج باستخدام أنواع مختلفة من التقييم الاقتصادي. وكنت قد قرأت أيضاً عن القضايا الناشئة عن استخدام التقييم الاقتصادي في تحديد الأولويات من الخدمات الصحية على مختلف المستويات (المحلي، والعالمي) ومستويات الدخل المختلفة. يمكنك أيضاً النظر في بعض من الإيجابيات، والسلبيات للتقييم الاقتصادي. قبل أن ننهي استعرضنا لبعض المعايير الأخرى، بالإضافة إلى الفعالية ـ التكلفة، التي غالباً ما تستخدم عند اتخاذ قرارات الرعاية الصحية.



# الباب السادس

## العدالة

## Equity

# الفصل السابع عشر

## تعزيز العدالة ودور الحكومة

## Promoting equity and the role of government

### نظرة عامة:

بالنسبة لمعظم الناس، عندما نفكر في الاقتصاد، وأنه مرتبط بهدف الكفاءة. وأنه ذكر من الفصل الأول والسابع أن الكفاءة هي في جوهرها هي الحصول على أكبرٍ المكاسب الصحية من مجموعة محدودة من الموارد. ومع ذلك، كمجتمع نحن أيضاً نشعر بالقلق إزاء *المساواة*، والتي هي العدالة التي يتم من خلالها توزيع الموارد والصحة، والرعاية الصحية. المساواة هي مجال هام من التحليل الاقتصادي بسبب شهرتها المعتادة كهدف من أهداف السياسات، وعدم التوافق المتكرر مع أهداف الكفاءة والآثار المترتبة لها لتخصيص الموارد. تلعب الحكومات بانتظام دوراً في توفير، وتمويل وتنظيم الخدمات الصحية بهدف تعزيز المساواة فضلاً عن معالجة أشكال مختلفة من فشل السوق. سنقوم فقط بخدش سطح المساواة، ولكن نتوقع أنه بحلول نهاية هذا الفصل سوف تكون في موقف أقوى لفهم بعض العبارات الشعبية، والمناقشات الرئيسية في هذا المجال.

### الأهداف التعليمية:

بعد العمل خلال هذا الفصل، سوف تكون قادراً على:

- وصف العلاقة العدالة والتكافؤ.
- التمييز بين العدالة الأفقية، والعمودية.

- الخطوط العريضة لتعريفات مختلفة من الأسهم كما هو مطبق في القطاع الصحي.
- تفسير، وشرح إمكانية المفاضلة بين العدالة، والكفاءة.
- النظر في إيجابيات، وسلبيات التدخل الحكومي في قطاع الرعاية الصحية.

## المصطلحات الأساسية:

**العدالة والمساواة:** إن الهدف السياسي الذي يسعى إلى إقامة العدل في تخصيص الموارد. غالباً ما يُحدَّد الهدف على أساس المساواة في توزيع الصحة، والرعاية الصحية، أو الحصول على الرعاية الصحية عبر المجموعات السكانية.

**مقايضة المساهمون ذوو الكفاءة:** إن المعضلة المعتادة التي بها السياسات تهدف إلى تحقيق حصة أكثر إنصاف للموارد والتي غالباً ما تكون غير الخيارات الأكثر فعالية، وبالتالي تؤدي إلى أقل من الحصة الإجمالية.

**العدالة الأفقية:** المساواة في المعاملة بين طرفين متكافئين (على سبيل المثال الوصول العادل لحاجة المساواة).

**صيغة تخصيص الموارد:** هي الصيغة التي تستخدم مؤشرات الحاجة النسبية للخدمات الصحية لتوجيه قرارات تخصيص الموارد في محاولة لتحقيق المساواة للتمويل عبر المناطق الجغرافية.

**مستخدم الرسوم:** النفقات الرسمية خارج الجيب التي يتكبدها المرضى في وقت استخدام الرعاية الصحية.

**العدالة الرأسية:** المعاملة غير المتكافئة (ولكن عادلة) لغيرِ المتساويين (ينبغي أن يُعامل الأفراد الذين هم غير متكافئين بشكل مختلف وفقاً لمستوى الحاجة).

## العدالة كمفهوم:

إن العدالة غير الموضوعية بقدر ما أنها سوف تعني أشياء مختلفة لأناس مختلفين، وليس هناك طريقة صحيحة فريدة لتحديد مفهوم لها، على الرغم من أنه هو

في الأساس حول العدل، والعدالة. إن المفتاح لمناقشة العدالة في قطاع الصحة هو أن مفاهيم المساواة، والعدالة تختلف عن المفهوم الفلسفي للمساواة. العدالة *تختلف عن المساواة*. بينما المساواة هي حول العدالة، وهذا قد يعني أو لا يعني المساواة في تقاسم السلعة، وقد يكون على سبيل المثال اعتبار عادل أن مجموعة المحرومين في المجتمع يحصلون على حصة أكبر من الموارد. على سبيل المثال، يستخدم صيغ تخصيص الموارد في بلدان مثل أستراليا، وكندا لتوزيع موارد الرعاية الصحية، وغالباً ما تشمل الأوزان لتعكس الاحتياجات الصحية العليا لفئات معينة من السكان مثل السكان الأصليين، أو سكان الريف / المدن. وفي هذا الحالة فإن العدالة لا تترجم إلى الجميع لتلقي سلع أو خدمات. مثال آخر هو استخدام المساواة في الأوزان في تحليل الفعالية ـ التكلفة، لإعادة تقييمها بحيث يتم إعطاء وزن أكبر لتحقيق مكاسب صحية لجماعة واحدة، أو فرد يتعلق بآخر. اقترح بعض الاقتصاديين العدالة المرجحة لنوعية سنوات الحياة المعدلة (نوعية سنوات الحياة المعدلة)، Dolan and Olsen) (2001. وثمة من يقول أنه من أجل الحد من أوجه عدم المساواة في مجال الصحة، يمكن توزيعِ مكاسب نوعية سنوات الحياة المعدلة في البداية لأولئك الذين سيكونوا الأكثر سوءاً إذا تركوا دون علاج. سوف ننظر عن كثب في هذه القضية للتمييز بشكل إيجابي للفئات المحرومة المسماة بالعدالة الرأسية وهي ـ أدناه.

## العدالة في الممارسة:

في قطاع الصحة، العدالة (المساواة) تميل إلى أن تكون بتفسير عام جداً لتوفير مستوىٍ أساسي من الخدمات الصحية للجميع. فالمشكلة هي أن هذا التعريف ليس محدداً بما فيه الكفاية عندما يحاول الفرد بالفعل تنفيذ بعض السياسات عليٍ المساواة في مجال الرعاية الصحية. وهناك حاجة إلى معيار العدالة الأكثر تحديداً، والقابل للاستخدام. في هذا القسم سوف نستكشف تفعيل بعض الطرق المختلفة في المساواة في مجال الرعاية الصحية.

### العدالة الأفقية والرأسية:

إن العدالة الأفقية هي ضمان أن يتم التعامل مع الناس في ظروف متماثلة بالطريقة نفسها. العدالة العمودية هي حول علاج الأفراد (أو الجماعات) الذين هم مختلفين بشكل غير متكافئ، بالطريقة التي يتم بها النظر إليها على أنها تتناسب مع الحرمان النسبي. بطبيعة الحال، كيف أن هذا يحدد إلى حد كبير مسألة الخلاف، والمركزية

للعديد من مناقشات السياسة العامة. دعونا الآن نتابع هذه المبادئ واستكشاف الكيفية التي يمكن تطبيقها عملياً.

## *العدالة الأفقية:*

هناك ثلاثة طرق شعبية لتعريف العدالة الأفقية في مجال الرعاية الصحية:

- المساواة في الحصول على الرعاية الصحية لحاجات متساوية.
- المساواة في استخدام الرعاية الصحية لحاجات متساوية.
- المساواة في الاتفاق للرعاية الصحية لحاجات متساوية.

غالباً ما تعرف *المساواة في الوصول لحاجة متساوية* من حيث الأشخاص الذين يعانون من المستوى نفسه من الحاجة والذين يواجهون المستوى نفسه من العوائق أمام الرعاية الصحية مع الأخذ في الاعتبار المسافة، والتكلفة وبأي لغة، أو القضايا الثقافية التي قد تحد من الحصول على الخدمات. *الاستخدام المتساوي للحاجات المتساوية* يتطلب من واضعي السياسات ضمان ليس فقط أولئك الذين لديهم المستوى نفسه من الحاجة والذين لديهم المستوى نفسه من الوصول ولكنهم يستخدمون الكمية نفسها من الخدمات. *الإنفاق على الرعاية الصحية لحاجات متساوية* يعني ذلك أنه إذا شخصين لديهم نفس المستوى من الحاجة يجب عليهم توزيعها على نفس القدر من الإنفاق على الرعاية الصحية.

المفهوم الذي يشكل الأساس لكل تعريف أعلاه من تعريفات العدالة. هو الذي يعرف أنه من حيث المتغيرات مثل معدلات وفيات موحدة، والحالة الاجتماعية الاقتصادية. كما تم تدابير استخدام تدابير الرعاية الصحية الذاتية. الحاجة تستخدم لتقييم مستوى الحرمان الذي تعاني منه الفئات الصحية خاصة، أو الأفراد. هدف العدالة الأفقية في نهاية المطاف هو ضمان معاملة الناس مع المستوى نفسه من الحرمان بشكل غير مختلف.

## *العدالة الرأسية:*

على النقيض من العدالة الأفقية، والعدالة العمودية هو أن تفعل مع الناس بطريقة مختلفة عند مستوى الحاجة يختلف فيما بينهم – أي محاولة للتقليل من الفجوة بين من يملكون ومن لا يملكون من خلال المعاملة التفضيلية لهذه الأخيرة. وقد يشار إليها

كشكل من أشكال التمييز الإيجابي لتعزيز المساواة في الخدمات الصحية. على سبيل المثال، ضع في الاعتبار قرية حيث إن هناك بعض الأغنياء، وبعض الفقراء. تفشي المرض يصيب كلا المجموعتين. كحد أدنى قد تهدف أولاً لبعض العدالة الأفقية بجعل الأدوية متاحة لجميع المرضى (المساواة في المعاملة لجميع الأشخاص المرضى). ومع ذلك، فإن مع توثيق التفتيش، تبدأ بملاحظة أن الأغنياء في حال أفضل بكثير، ويكون لديهم الوقت، والمال للمجيء إلى العيادة، والتمسك بالعلاج والتعافي بسرعة أكبر ويعانون من مضاعفات أقل. لذلك قد تبدأ بعد ذلك بالقلق حول العدالة العمودية ـ المعاملة غير المتساوية للطرفين غير المتساويين (مثل الفقراء قد يحتاج إلى المزيد من المساعدة لشراء الأدوية، والتقيد بالعلاج). قد يكون خياراً واحداً قد خُصِّص لاستهداف الأفراد الأكثر فقراً من خلال دعم الأدوية الخاصة بهم. وهذا الإجراء يرمي إلى تقليل الفجوة في النتائج بين الأغنياء، والفقراء ـ مقياس العدالة الرأسية. ويمكن القول أن الهدف هنا هو في نهاية المطاف هو الحصول على صحة متساوية «على الرغم من أنه موضع نقاش حول كيفية تحقيق هذا. وسوف نعود إلى هدف العدالة الصحية في لحظة بعد النظر إلى بعض السياسات الرامية إلى تعزيز المساواة العمودية.

## نشاط 1.17:

هل تعتقد أن العدالة في الصحة هدف قابل للتحقيق؟

## التغذية الراجعة:

هناك مجموعة من الأسباب التي تجعل المساواة في الصحة في كثير من الأحيان من المستحيل تحقيقها. ربما فكرت في ما يلي:

أ) تأثير العديد من العوامل الصحية، إضافة إلى الرعاية الصحية. في بعض الحالات، ما يمكن أن تفعله الخدمات الصحية لتؤثر على مستويات الصحة في السكان، أو المجتمعات قد تكون محدودة جداً.

ب) الاختلافات الجينية بين الشعوب تعني أن عدم المساواة الكامل للصحة هو ببساطة من المستحيل.

ج) عدم وجود توافق في الآراء بشأن ما هو المقصود من مفهوم صحة جيدة.

د) التعادل الصحي من الممكن أن يُعتبر أبوياً لأنه قد يقيد خيارات نمط حياة للأفراد التي غالباً ما يكون لها تأثير على الصحة.

هـ) إذا كان لا يوجد موارد أكثر متاحة للخدمات الصحية لتحقيق هذا الهدف، ثم إلى تحقيق صحة مساوية لصحة بعض الناس الذين بحاجة إلى تحسين بعض التدهور.

هناك سياسات مختلفة في مجال الرعاية الصحية التي تهدف إلى تزويد مجموعة المحرومين في المجتمع بحصة أكبر من الموارد المتاحة. كنت قد تعلمت بالفعل أنه في بعض البلدان صيغ تخصيص الموارد لتستخدم في توزيع موارد الرعاية الصحية غالباً ما تشمل «الأوزان» لتعكس الاحتياجات العليا للصحة وذلك لفئة معينة من السكان مثل السكان الأصليين، أو المجتمعات الريفية. في هذه الحالة فإن العدالة لا تترجم إلى تلقي الجميع لحصص متساوية من سلعة، أو خدمة. بدلاً من ذلك، فهذا يعني أن بعض الجماعات المحرومة تتلقى حصة أكبر من التمويل على أساس الأوزان المستخدمة. أمثلة أخرى تشمل إعفاءات من رسوم المستخدم، وجداول الدفع التدريجي لمستويات التأمين الصحي الاجتماعي. هذه السياسات التي تستهدف الفئات المحرومة بهذه الطريقة تمثل تطبيق العدالة العمودية. دعونا نلقي نظرة الآن في اثنتين من هذه المبادرات السياسية ـ بما في ذلك نقاط القوة، والضعف ـ بالتفصيل أكثر من ذلك بقليل. بينما كنت تقرأ، فكر في بلدك، وكيف أن العدالة الرأسية (قد أو قد لا) تعكس في تمويل الرعاية الصحية، وتوفيرها.

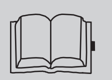
### صيغة تخصيص الموارد في جنوب أفريقيا:

وتعتمد دراسة هذه الحالة على ورقة من جنوب أفريقيا (McIntre et al. 2002) تستكشف كيف يمكن استخدام صيغ تخصيص الموارد لتحقيق أهداف تخصيص العدالة الرأسية. إن تخصيص الموارد يشير إلى العملية التي بها يتم توزيع الموارد المتاحة بين الاحتياجات المتنافسة. صيغ تخصيص الموارد تستخدم مؤشرات الحاجة النسبية للخدمات الصحية في المناطق الجغرافية المختلفة لتوجيه قرارات تخصيص الموارد.

بالنسبة لمعظم صيغ تخصيص الموارد، فإن المحرك الرئيسي هو حجم السكان في كل منطقة ـ والمزيد من الناس لديك، والمزيد من الموارد التي ستحصل عليها. هذا هو المعروف باسم *الأساس السكاني* الخاص بك. ومع ذلك، هذا بمفرده لا تكون طريقة عادلة لتوزيع الموارد كما نعرف أن بعض الجماعات لديهم أكبر احتياجات (مثل النساء الحوامل، وكبار السن، والسكان الأصليين)، أو ببساطة يعيش في مناطق جغرافية، والتي تكون الخدمة مكلفة فيها. ولهذا السبب فإن التعديلات غالباً ما تكون مصنوعة على أساس السكان لحساب هذه الأنواع من العوامل. المؤشرات النسبية للخدمات الصحية في مناطق جغرافية مختلفة تُستخدم لضبط تخصيص الموارد عبر المناطق الجغرافية. هذه المؤشرات قد تشمل معدلات وفيات الأمهات، والرضع، وحجم السكان التي يغطيها التأمين الصحي الخاص، والوضع الاجتماعي، والاقتصادي، وهكذا.

في الدراسة، استكشف الكاتب جدوى تطوير مؤشر منطقة الحرمان على نطاق واسع، وآثارها على تخصيص موارد الرعاية الصحية عبر المناطق الجغرافية في ذلك البلد، وأظهرت النتائج أن «الصيغة المستخدمة حالياً من قبل وزارة الخزانة الوطنية في تخصيص الموارد بين المناطق الجغرافية تخصّص التحيز نحو المناطق الأقل حرماناً في البلد. إدراج المؤشر العام للحرمان بهذه الصيغة يغير بشكل كبير التخصيصات نحو تلك المناطق التي تعاني من عجز في التنمية البشرية أبرزت النتائج أهمية النظر في آليات الحرمان فى تخصيص الموارد إذا كانت أهداف الأسهم العمودية سيتم الترويج لها من خلال تخصيص الموارد، لا سيما داخل النظم الصحية اللامركزية. وتوصل الباحثون إلى أنه في حين أن هناك مناقشات كبيرة حول مفهوم العدالة وما هو التعريف الأكثر ملاءمة للعدالة، والنهج العمودية يمكن القول بإنها أنسب الوسائل لتحقيق مكاسب العدالة على نحو فعال وسريع في جنوب أفريقيا نظراً لأنه يوجد أن مجموعات مختلفة داخل مجتمعنا لديها نقاط انطلاق مختلفة جداً، وتتطلب بالتالي معاملة تفضيلية.

(Mclntyre et al. 2002)



## إعفاءات رسوم المستخدم في كمبوديا:

وقد تم تنفيذ رسوم المستخدم في العديد من البلدان رغم الانتقادات الواسعة، خاصة فيما يتعلق بآثار مساهمتهم في رأس المال. استراتيجية العدالة العمودية لإعفاء الفقراء من دفع هذه الرسوم. لكن مخططات الإعفاء يمكن أن تكون مشكلة كما توضح المقتطفات التالية من ورقة جاكوبس وآخرون (.Jacobs et al) (2007).

ويمكن الحصول على اثنتين من الرسائل الهامة من دراسة حالة إعفاءات رسوم المستخدم. أولاً في السياق الكمبودي، فإن مخططات إعفاء رسوم المستخدم يجب أن تكون مدعومة من قبَل مجموعة من التدخلات، والتي من شأنها تمكين الفقراء من الحصول على الرعاية الصحية في الوقت المناسب، وبطريقة من شأنها أن تقلل من احتمالات زيادة التعرض الاقتصادي. زيادة أربعة أضعاف في معدلات دخول المستشفى (من8/ 1000 إلى 32.5 /1000 من السكان (بين الفقراء الذين كانوا معفيين من رسوم المستشفى من خلال توفير بطاقات استحقاق، يشير إلى أن هذه البطاقات يجب أن تصبح معياراً للممارسات لخطط الإعفاء. وكان الاستنتاج الهام الثاني من الدراسة الكمبودية «إن تحديد الفقراء للإعفاء من رسوم المستخدم وسداد تكاليف النقل لا يضمن الرعاية المجانية حيث إن [المرضى المعفيين من الرسوم] يتكبدون كلا من التكاليف المباشرة نفقات الرعاية الصحية خارج جيب، والتكاليف غير المباشرة. من حيث التكاليف المباشرة، يتكبد المرضى المعفيين من الرسوم في المتوسط4.3 دولاراً أمريكياً لحادثة المرض مما يؤدي إلى دخول المستشفى، أقل من 15.3 دولاراً أمريكياً يتكبدها المرضى الدافعين للرسوم). على الرغم من تلقي الرعاية الصحية المجانية في نقطة التسليم، والتكاليف المباشرة الأصغر نسبياً المتكبدة، والمرتبطة بالمستشفى، فقط 7 ٪ من المرضى المعفيين من الرسوم أو طلبوا أن يكون هناك نقد كافي لدفع كافة التكاليف، مقارنة مع 51 ٪ من المرضى المعفيين للرسوم. بسبب عدم وجود الضمانات اللازمة لتأمين القرض، والفشل في سداد ديون سابقة،

1 من 11 من المرضى المعفيين من الرسوم في حاجة إلى النقد ولا يمكنهم الوصول إلى أي مصدر من الائتمان، أو القرض.. سؤال واحد أخلاقي الذي يحتاج لمعالجة ما إذا كانت الديون المستحقة تعتبر نتيجة لطلب الرعاية في القطاع الخاص، ومعايير الأهلية (للإعفاء).

(Jacobs et al. 2007)

إن كلاً من الأمثلة أعلاه تسلط الضوء على أهمية العدالة الرأسية كهدف فى النظم الصحية. كما أنها أيضاً تسلط الضوء على أن تلك العدالة الرأسية، والتي غالباً ما تكون أكثر تعقيداً للتنفيذ من العدالة الأفقية لأنها تنطوي على بعض الأحكام الصعبة حول كيفية تلبية الاحتياجات المختلفة بشكل مختلف. الحكم على مدى الاختلافات في الاحتياجات ليست بمهمة سهلة، وهناك الكثير من النقاش حول من يجب أن يصدر مثل هذه الأحكام - يجب أن تكون من مسؤولية المجتمع ككل العاملين في مجال الصحة، والمرضى وجماعات المصالح الخاصة، أو السياسيين؟ هذا ما يفسر جزئياً لماذا سياسة الرعاية الصحية تصل إلى هذه النقطة في الوقت الذي قد تميل فيه إلى التركيز على السعي لتحقيق العدالة الأفقية.

## مقارنة التعاريف:

وغالباً ما يتم تبني هدف خفض عدم المساواة في الصحة من جانب الحكومات والمنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية، ولكن كما رأينا سابقاً في هذا الفصل أن لديها عدد من القيود الخطيرة. كيف أن تعريفاتنا الأخرى أجرة؟ دعونا نأخذ الآن نظرة فاحصة على المساواة في الاستفادة، والحصول عليها، والنفقات.

## نشاط 2.17:

يمكنك التفكير في أية مشكلات مع قياس تكافؤ فرص الحصول؟

## التغذية الراجعة:

المساواة في إمكانية الوصول والمطلوبة للمجتمعات المختلفة:

أ) مسافة السفر إلى المرافق، والخدمات هو نفسه.

ب) خدمات النقل، والاتصالات هي نفسها.

ج) أوقات الانتظار هي نفسها.

د) المرضى أيضاً على علم حول مدى إمكانية، وفعاليات العلاجات.

هـ) الرسوم هي نفسها، والقدرة على الدفع هي نفسها.

وبسبب هذه الصعوبات، فإن غالباً ما يلجأ مخططين الرعاية الصحية إلى استخدام مؤشر للرعاية الصحية. ولكن هناك اختلافات هامة بين الاستخدام، والوصول ويجب علينا أن نضعها في الاعتبار. حيث إن الوصول العادل للحاجات المتساوية هو حول تزويد الأفراد *بالفرصة* لاستخدام الخدمات. يمكن للأفراد اختيار الامتثال للعلاج بدرجات مختلفة وهذا سيؤدي إلى أنماط مختلفة من الاستخدام، حتى بين أولئك الذين لديهم نفس الاحتياجات الصحية. بعض الناس سوف تذهب لرؤية الطبيب، أو الممرضة، وغيرهم لن يذهب. ونحن نعلم أن الدين والثقافة، والجنس، والعمر، والتعليم كلها لها تأثير على سلوك الساعي للعلاج.

## نشاط 3.17:

هناك بعض القيود بالنسبة *للمساواة في الإنفاق*. هل يمكنك التفكير بأي منهم؟

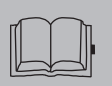
## التغذية الراجعة:

هذا يمثل مشكلة في حد إنفاق المبلغ نفسه على مختلف الأفراد وقد يؤدي إلى اختلافات في النتائج بسبب أمور أخرى، والتي منها الاختلافات في تكلفة الخدمات بين الفئات، أو المناطق. هذا لن يمنع انتشار استخدام المساواة في الإنفاق. إن شعبيتها إلى حد كبير تنبع من السهولة النسبية التي تمكن من قياس المدخلات، ورصدها.

ومن بين القضايا الحرجة، والتي توضع في الاعتبار في هذه المرحلة هو أنك سوف تحصل على نتائج سياسة مختلفة اعتماداً على ماهية تعريف حقوق الملكية التي اخترتها للتطبيق. كل تعريف له نقاط قوته، ونقاط ضعفه. تعاريف مختلفة أيضاً لها متطلبات بيانات مختلفة. التعريفات الأكثر تعقيداً، مثل تلك التي تتضمن قدراً من العدالة العمودية، تتطلب مسح بيانات مجمع بشكل روتيني والتي تكون غير موجودة في جميع الظروف، والتعريفات يجب أيضاً أن تفسر بسهولة من قبل صانعي السياسات، والمديرين، فضلاً عن كونه مستساغ لأفراد الجمهور العام.

## العدالة وتمويل الرعاية الصحية:

من حيث المقارنات الدولية للعدالة في تمويل الرعاية الصحية، يمكن استخلاص بعض النتائج العامة من الأدب، وأبرزها، الدرجة التي عندها نظام تمويل الرعاية الصحية يكون رجعي، أو تقدمي معتمداً على مزيج من مصادر التمويل. وكقاعدة عامة، فإن تلك الأنظمة القائمة على التأمين الاجتماعي، والتي تعتمد أكثر على الضرائب المباشرة، والعامة تميل إلى أن تكون أكثر تقدمية. تلك التي تقوم على التأمين الخاص، والاعتماد بشكل أكبر على المدفوعات المباشرة للمستخدم تميل إلى أن تكون أكثر رجعية. دونالدسون وآخرون (.Donaldson et al) (2005) توصلوا إلى الاستنتاجات الواسعة التالية حول العدالة، وتمويل الرعاية الصحية:



لضمان العدالة التي من خلالها تُموَّل أنظمة الرعاية الصحية، تم تطوير النظم التي يمولها القطاع العام بشكل واسع في البلدان المتقدمة، وخاصة تلك التي تكون في الغالب ممولة من الضرائب، وهي الأكثر نجاحاً في تحقيق أهداف العدالة ... في الغالب أنظمة الرعاية الصحية الخاصة تبدو أقل إنصافاً. بينما المالية العامة لا يمكنها ضمان العدالة من حيث المبدأ، والتمويل الخاص لا يمنع ذلك، في العالم الواقعي من الواضح أن الأنظمة التي يمولها القطاع العام من المرجح أن تفعل ما هو أفضل في السعي لتحقيق العدالة. وهذا قد يكون جيداً بسبب أن العديد من النظم الصحية تكون *عامة* على وجه التحديد نظراً لأهمية الأهداف المفروضة على حقوق المساهمين.

(Donaldson et al. 2005)

في تحديد الأهداف الإقتصادية، فإن معظم نظم الرعاية الصحية تسعى إلى تحقيق كل من الكفاءة، وأهداف العدالة. الكفاءة تكون أكثر وضوحاً بمعنى أن هناك توافق عام في الآراء حول ما يعنيه، وكيف يمكن قياسها. العدالة هي مفهوم معقد إلى حد ما ومن الأصعب أن يحدد، كما رأينا من تعريفات متنوعة. في المقطع التالي سوف ننقل تركيزنا على دراسة كيف أن العدالة، والكفاءة غالباً ما تتشاركا في المفاضلة.

## إمكانية المفاضلة بين الكفاءة، والعدالة:

على الرغم من أن مفهوم كفاءة التخصيص هو محير، فإنه يمثل الهدف السياسي المنطقي (على الأقل بالنسبة لكثير من الاقتصاديين) ومع ذلك، فإنه يحتاج إلى أن يوضع في الاعتبار أن السياسات التي تهدف إلى تحقيق هذا النوع من الكفاءة يمكن أن تتعارض في كثير من الأحيان مع العدالة. وفيما يلي هم أربع أمثلة فقط، ولكن يمكنك حتماً التفكير في غيرها.

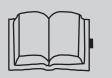
- مثال *1*: يمكن نقل الدخل من الأشخاص ذوي الدخل المرتفع لأولئك ذوي الدخل المنخفض من خلال فرض ضرائب من أجل تحقيق توزيع أكثر عدلاً للثروة. إن فرض ضرائب على دخل الأشخاص من العمل، ومع ذلك، يقلل من الحافز على العمل والتوفير وذلك نتيجة لعدم الكفاءة.

- مثال *2*: دولار مأخوذ من شخص ثري من خلال سياسات إعادة توزيع الدخل لا تنتهي عموماً كدولار في جيب الشخص الأكثر فقراً. فإن الموارد المستخدمة في جمع تلك الضرائب من الممكن أن تستخدم في طرق بديلة لإنتاج السلع، والخدمات ذات أعلى قيمة للاقتصاد.

- مثال *3*: النقاش حول مركزية الخدمات الصحية غالباً ما يكون مصنوع على أساس الكفاءة. على سبيل المثال، قد يكون هناك عدد من عيادات الرعاية الأولية كلاً منها تخدم السكان المحليين في المنطقة. إغلاق بعض هذه العيادات، والخدمات المركزية يمكن من تفادي الازدواجية في الخدمات، والسماح لمزيد من التكاليف المشتركة. النقاش حول العدالة سيكون هو المدخل الجغرافي للخدمات التي يمكن أن تخفض لأن بعض الناس سيرغبون بالسفر.

- مثال *4*: فرض رسوم على المستخدم هو المثال المستشهد به بصورة عامة من إمكانية المفاضلة بين العدالة، والكفاءة في مجال الرعاية الصحية. وثمة من يقول أن فرض هذه الرسوم يُمَّكن من معالجة مشكلة الخطر الأخلاقي للمستهلك عن طريق ردع لاستخدام التافه للخدمات الصحية. على الجانب الآخر، ومع ذلك، تشير التقارير أيضاً إلى فرض أعباء ثقيلة على الجماعات الأكثر فقراً، ويمكن أن يكون ذلك غير منصف.

توضح الأمثلة أعلاه أن العدالة، والكفاءة يمكن أن يكونا على خلاف مع بعضها البعض. دعونا نأخذ لحظة الآن للتفكير في كيفية مقارنة الحجم النسبي للمفاضلة بين هذين الهدفين المهمين للنظم الصحية، وفيما يلي مقتطفات من دراسة أجراها (جيمس، وآخرون 2005) (James et al.2005) الذي استكشف كيفية ارتباط الأوزان المختلفة لمعايير العدالة، والكفاءة، وكيف أن هذا بدوره له آثار في تحديد أولويات مختلفة لتدخلات الرعاية الصحية.



في هذا التوضيح، نحن نأخذ خمسة تدخلات للمشكلات الصحية المختلفة في سياق البلدان منخفضة الدخل:

1. العلاج بالأدوية المتعددة المقاومة للسل (السل).
2. الكينين لحالات الملاريا المعقدة.
3. العلاج بالإماهة الفموية لأمراض الإسهال الطفيفة.
4. رعاية المرضى داخل المشفى للفصام الحاد.
5. المناورة والتجبيس للكسور البسيطة.

تتم مقارنة هؤلاء من خلال كيفية تقييمهم من حيث فعالية التكاليف، والأوضاع الصحية الشديدة، والحد من الفقر (انظر الجدول 1.17). الخطوة الأولى هي تحديد كيف أن نتائج هذه التدخلات من حيث معايير الكفاءة، والعدالة المستخدمة. عدد الفئات في هذا المثال لفعالية التكاليف (فعال جداً من حيث التكلفة، وفعال من حيث التكلفة وغيرٍ فعال من حيث التكلفة) والحالة الصحية الشديدة (حادة جداً، وحادة، وليست حادة) فتكون ثلاثة. يتم تحديد فئتين من أجل الحد من الفقر (تأثير إيجابي، أو محايد). لاحظ أن النتائج الواردة في الجدول هي فقط لأغراض التوضيح، على الرغم من أنها تقوم على أدلة واسعة (على سبيل المثال، اختيار منظمة الصحة العالمية لتقديرات الفعالية من حيث التكلفة).

**(الجدول 1.17): المقارنة بين التدخلات للمشكلات الصحية المختلفة**

| التدخل | الحرز | | |
|---|---|---|---|
| | فعالية التكلفة | ظروف صحية خطيرة | الحد من الفقر |
| العلاج بالأدوية متعددة مقاومة للسل | تكلفة فعالية | شديدة جداً | إيجابي |
| الكينين لحالات الملاريا المعقدة | تكلفة فعالية بشكل كبير | شديدة جداً | إيجابي |
| الإماهة الفموية لأمراض الإسهال البسيطة | تكلفة فعالية بشكل كبير | غير شديد | إيجابي |
| رعاية المرضى داخل المشفى لمرض الفصام الحاد | تكلفة غير فعالة | شديد | محايد |
| التجبيس/المناورة للكسور البسيطة | تكلفة فعالية بشكل كبير | غير شديد | محايد |

يفترض هنا أن: الحد الأقصى (1)، والحد الأدنى (0) وتعادل نتائج متساوية لمعايير مختلفة. على سبيل المثال؛ فعال جداً من حيث التكلفة؛ (لفعالية التكاليف) شديدة جداً (لحالة صحية خطيرة) وإيجابية (للحد من الفقر) كلها تحقق الدرجة القصوى لـ (1). ثانياً، يفترض أن فواصل التصنيف تكون خطية. وهكذا، على سبيل المثال، الفرق بين فعال من حيث التكلفة للغاية، وفعال من حيث التكلفة يكون مطابق لتلك بين فعال من حيث التكلفة» والغير فعال من حيث التكلفة.

نواصل من خلال حرز تحديد أولويات التدخل الصحي PRSA ،A، على النحو التالي:

$$1\ PRS_A = \alpha[equity] + (1 - \alpha)\ [efficiency]$$

1. حرز تحديد الأولويات$_A$ = $\alpha$ [العدالة] + $(1 - \alpha)$ [الفعالية]

حيث يتم قياس درجة الكفاءة هنا من حيث فعالية التكلفة، ويتم تعريف مزيد من النتائج على النحو التالي:

[حرز تحديد الأولويات هي نتائج محسوبة باستخدام مزيج من نتائج الكفاءة والعدالة المرجحة لأهميتها].

باستخدام هذا الإطار البسيط، يمكننا استكشاف تأثير الخيارات المختلفة المرجحة. من المهم أن نلاحظ، مع ذلك، أن تعلق الأوزان ذات طبيعة توضيحية محضة وكيفية نتائج التدخل في كل معيار من المعايير. هنا، نحن نعكس ثلاثة احتمالات مرجحة:

تقييم الكفاءة الخالص هنا، يعتبر معيار الكفاءة فقط هو الفعالية من حيث التكلفة، وبالتالي الفعالية من حيث التكلفة = 100 ٪، ظروف صحية شديدة = 0 ٪، والحد من الفقر = 0 ٪، وينعكس هذا من خلال وضع α = O.

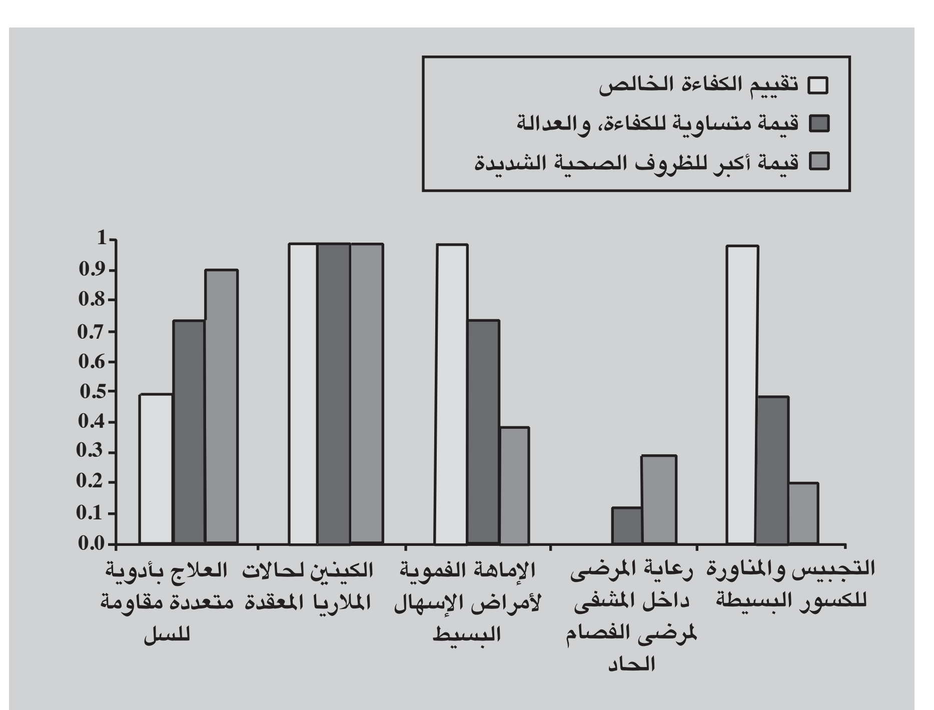
قيمة متساوية *للكفاءة، والعدالة.* على افتراض أيضاً أن تعطي ظروف صحية خطيرة، والحد من الفقر لهما تأثير متساوي، وهذا يعطي الترجيح العام لـ: الفعالية من حيث التكلفة = 50 ٪، ظروف صحية شديدة = 25 ٪، والحد من الفقر = 25 ٪ وينعكس هذا من خلال تحديد α = 0.5 و β = -0.5 .

*قيمة أكبر للظروف الصحية الشديدة.* على افتراض أن يتم إعطاء الفعالية من حيث التكلفة والحد من الفقر أوزان متساوية، وهذا يعطي الترجيح العام لـ: الفعالية من حيث التكلفة = 20 ٪، ظروف صحية شديدة. 60 ٪ والحد من الفقر 20 ٪ وينعكس هذا من خلال α = 0.8 و β = -0.75 .

وتوضح الآثار المترتبة على هذا الترجيح بين الكفاءة، ومعايير الإنصاف على قرارات تحديد الأولويات في (الشكل 1.17).

2 Equity = β [severe health conditions] + (1 -β) [poverty reduction]

2. العدالة = β [ظروف صحية خطيرة] + (β-1) [الحد من الفقر]




**(الشكل 1.17) تأثير أوزان التدخلات لمعايير العدالة، والكفاءة في تحديد أولويات القرارات.**

هذا المثال يدل على أهمية المحاسبة بشكل مناسب لمخاوف العدالة والكفاءة على حد سواء في اتخاذ القرارات لتحديد الأولويات. على سبيل المثال، في حين العلاج بالأدوية المتعددة المقاومة للسل يحتل المرتبة الرابعة من بين خمسة تدخلات تحت اعتبارات الكفاءة نقية، وإعطائها أولوية أعلى بكثير إذا ما تعلق الأمر بصانعي السياسة مع معايير الإنصاف في ظروف صحية خطيرة والحد من الفقر. وبالمثل، يتم إعطاء المرضى داخل الفصام الحاد داخل المشفى رعاية أكثر أهمية نسبية إذا كان الأمر يتعلق خصوصاً مع صانعي السياسة لمكافحة الظروف الصحية الخطيرة.

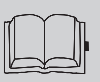
بينما هذا المثال هو طبيعة توضيحية محضة، فإنه يوضح كيف تستخدم المعايير لتوجيه عملية الحصول على الأولوية، ولا سيما أنه يمكن صانعي السياسة رؤية الآثار المترتبة على المبادلات بين الكفاءة والعدالة بوضوح على قرارات تحديد الأولويات.

(James et al. 2005)

العديد من معايير العدالة من المحتمل أن توازن الكفاءة عند تحديد أولويات الرعاية الصحية. مبدأ عدالة آخر لقى اهتماماً كبيراً في الأدبيات الصحية الاقتصادية هو نهج للأدوار العادلة. لأنه يقوم على فرضية ويمكن اعتبار وجود كبار السن أولوية أدنى لأنه كانت لهم «أدوار العادلة» (Williams 1997). وفقاً لهذا النهج، إذا تم توزيع موارد الرعاية الصحية بشكل عادل يجب على كل شخص أن يتلقى ما يكفي من الرعاية الصحية لإعطاء الفرصة لهم للعيش في صحة جيدة لفترة «عادية» من السنين. ما يشكل معنى مدة تعريف «طبيعية» للسنوات يعرف عادة بـ «متوسط العمر المتوقع عند الولادة». تعتمد العدالة لأوزان على تفضيلات المجتمع. هذا المفهوم «الإنصاف بين الأجيال»، أو كما يفضل البعض تسميتها، التقنين على أساس العمر يتطلب مزيداً من التمييز ضد كبار السن أكثر من حالة استخدام معايير الكفاءة، مثلاً تصنيفات فعالية التكاليف. يثير استدعاء هذا المفهوم عدداً من التحديات بما في ذلك التالي. وباختصار، يمكن التوصل إلى معايير اتفاق مناسبة لتوجيه تخصيص الموارد الشحيحة والتي تثير تساؤلات صعبة كثيرة. كيف يجب أن تتولد أوزان العدالة (أي يجب أن يكون هناك أوزان مختلفة اعتماداً على العمر، والجنس، والعرق، والحالة الاجتماعية، والاقتصادية، وما إلى ذلك؟ كم حجم الأوزان النسبية التي يجب أن تكون؟ من يجب أن يقرر حجمها؟ ما خليط الأساليب النوعية، والكمية التي ينبغي أن تستخدم لتوليد هذه الأوزان أو القيم؟).

## دور الحكومة:

كما أن التقليل من تأثير فشل السوق، في كثير من الأحيان تدخل الحكومات في القطاع الصحي لأسباب أخرى ـ منها أساساً العدالة. حيث العدالة ليست مقتصرة على شكل فشل السوق، وهو هدف هام إضافي للكفاءة. تلعب الحكومات دوراً منتظماً في توفير، وتمويل، وتنظيم الخدمات الصحية بهدف تعزيز العدالة. وفقاً لميلز ورانسون (Mills and Ranson 2010)، والدور المحدد للحكومة يعتمد على الأسس الأخلاقية للنظام الصحي. ويفسر الباحثون ما يعني كما يلي:



من المهم أن نلاحظ أنه على الرغم من الحجج الاقتصادية [أي إخفاقات السوق] تم تقديم مبرر لتدخل الدولة، فإنها لا تعني بالضرورة أن الدولة يجب أن توفر الخدمات الصحية نفسها (على العكس من غيرها في تقديم التعاقدات). وحدث تغير أساسي في العقود الأخيرة وهو الاعتراف بأنٍ الدولة لا تحتاج إلى تقديم خدمات مباشرة في حد ذاتها، ولكن بدلاً من ذلك يمكن أن تلعب دوراً عبر تمكين ... تأثير هام على هذا الموقف هو الاعتراف بأن العديد من البلدان قد فشلت في سياساتها في تقديم الخدمات العامة، بما في ذلك الخدمات الصحية للجميع.

هذه الحجج تنبع من عدد من الخيوط في الفكر الاقتصادي، ومن أبرزها نظرية الاختيار العام ونظريات حقوق الملكية. السابق يقول إن المسؤولين الحكوميين لا يختلفون عن أي شخص آخر في متابعة مصالحهم الخاصة .... والنتيجة هي أن القطاع العام مسرف لأن السياسيين، والبيروقراطيين ليس لديهم حافز لتعزيز الكفاءة التخصيصة، أو التقنية ... نظرية حقوق الملكية تقول أن مصدر عدم الكفاءة في القطاع العام هو بسبب إضعاف حقوق الملكية ... في القطاع العام هناك تهديد واضح قليلاً لمؤسسة إذا ضعف أداء الموظفين، وبالتالي الحوافز للحصول على أداء فعال ضعيفة.

تكمن وراء هذه النظريات ما اصطلح على تسميته «الإدارة العامة الجديدة»، والتي تسعى لكشف الخدمات العامة لضغوط السوق، دون الخصخصة بالضرورة لهم (Walsh 1995). هذه النهج تغير طبيعة تدخل الدولة، مع سياسات انفتاح الخدمات للمناقصة التنافسية، أو وضع الخدمات على أساس تنافسي، وتقديم الأسواق الداخلية حيث يكون مقدمي الخدمة على تنافس على العقود مع المشترين العامة، تسند الرقابة المالية منظمات مثل المستشفيات الفردية، واقتسام أجزاء من الحكومة إلى ـ وكالات العامة منفصلة (مثل وكالة لإدارة الخدمات الصحية الحكومية).

في الواقع يتشكل الدور الفعلي للدولة في أي بلد معين من قبل مجموعة واسعة من التأثيرات. أبرزها التاريخ لمشاركة الدولة

في الخدمات الصحية، والأساس المنطقي لمشاركتها مع مرور الوقت، إلى أي مدى تطورت الجهات الخاصة، وشركات التأمين في وقت مبكر من تاريخ النظام الصحي، وبالتالي فهي قادرة على لعب دور بارز، واتجاه موظفي الرعاية الطبية لزيادة دور الدولة. قضية واحدة رئيسية إلى أي مدىٍ كانت الدولة تأخذ على نفسها مسؤولية توفير الخدمات لجميع السكان، أو بدلاً معنية بنفسها فقط مع الفقراء، والمعوزين.

(Mills and Ranson 2010)

إن التدخل الحكومي في القطاع الصحي يمكن يؤدي إلى عدم الكفاءة التي يجب أيضاً أخذها بعين الاعتبار. وهنا بعض الأمثلة على ذلك.

- البرامج الحكومية في التمويل تتطلب تحويل الأموال (الموارد) من مناطق أخرى من الاقتصاد. وعادة ما يتم ذلك عن طريق فرض ضرائب على الدخل، أو علىٍ بيع السلع، وخلق خسائر للمنتجين، والمستهلكين. إذا كانت الخسارة كبيرة جداً قد لا يمكن تبرير التدخل.

- وإلى جانب تكاليف البرنامج، هناك تكاليف الإدارة المشاركة في كل عمل الحكومة. على سبيل المثال، لا يوجد شيء مثل النقل المجاني. إذا كنت تريد أن تأخذ المال من مجموعة واحدة من الناس، وإعطائها إلى مجموعة أخرى يجب عليك أن تدفع المحامين الذين صياغة القانون، وموظفي الخدمة المدنية الذين يديرون النقل، والشرطة والمحامين الذين فرضوا القانون. هذا يعنيٍ أن مجموعة كسب سوف تكسب أصغر مبلغ من المال من المبلغ الذي يؤخذ بعيداً عن المجموعة خاسرة.

- يجب عليك أن تفترض أن الساسة والموظفين المدنيين يتصرفون مصالحهم الخاصة بالطريقة نفسها التي يتصرف بها المرضى، والأطباء العمل. هذا يعني أن نتيجةٍ لعدم تناسق المعلومات بين عامة الناس، والخدمة المدنية هذا الأخير ليس دائماً كالسابق. لشيء واحد، إن بعض موظفي الخدمة المدنية في محاولة لتوسيع دائرة خاصة بهم لأن هذا يزيد من قوتهم وهيبتهم. سوف يضغطون لهذا حتى لو كان غير مفيد للمجتمع، على الرغمٍ من أن موظفي الخدمة المدنية قد يكون لديهم رمز أخلاقي يقيد أعمالهم تماماً كما يفعل الأطباء.

- أما بالنسبة لتوفير الخدمات، قد يكون من الصعب القوى التنسيقية لقوى السوق مع عدد كبير من قرارات مستقلة اتخذها مجموعة من موظفي الخدمة المدنية.

وفي ختام هذا القسم من المهم أن نأخذ في الاعتبار أن دور الدولة في الرعاية الصحية، يعتمد على مجموعة معقدة من العوامل التاريخية، والسياسية، والاقتصادية. حتى مع تشغيل الأسواق الخاصة للخدمات الصحية، والتأمين الصحي، سيكون هناك دائماً جدول حول العدالة لتدخل الحكومة.

## الملخص:

العدالة هي مبدأ أخلاقي. لأنه يقوم إلى حد كبير على الحكم في القيمة بالطريقة نفسها في الكفاءة والرغبة اللتين لهما أيضاً الحكم في القيمة. نظم الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم في تتابع الأعمال التجارية للتوزيع العادل للرعاية الصحية. المشكلة هي أن هذا التعريف ليس محدداً بشكل كافٍ عندما يحاول شخص تنفيذ سياسة الواقع على حقوق المساهمين في مجال الرعاية الصحية. فإنه يخبرنا شيئاً من الخطوات التي يتخذها المخططون والعاملون في مجال الصحة نحو نظام صحي أكثر إنصافاً.

هناك تأييد واسع النطاق من أجل العدالة في الوصول الذي يقر بأن الأفراد لديهم تفضيلات مختلفة عن الصحة، والرعاية الصحية. على الرغم من أنه أكثر جدوى من العدالة في الصحة، وضمان تكافؤ الفرص في استخدام الموارد ليست مهمة سهلة. ويجب التغلب على العديد من العوائق الثقافية، والمالية، والجغرافية.

من الحكمة أن نتذكر عدم وجود هدف واحد في العدالة العالمية التي تطمح إليه جميع النظم الصحية في جميع أنحاء العالم. ولكن من المتفق عليه عموماً أن نظم الرعاية الصحية المولة عامةً تميل إلى ما هو أفضل بالنسبة لأساس العدالة مقارنة بتلك القائمة على التأمين الخاص التي تعتمد بشكل أكبر على المدفوعات المباشرة المستخدم.



# مسرد المصطلحات
# Glossary

* **Actuarially fair premium:** A premium that is set so that the expected payouts equal the premiums paid by the insured (plus the cost of administration).

* **القسط العادل الإكتواري:** هو القسط الذى يتم تعيينه حيث إن الدفعات المتوقعة تساوي الأقساط التي يدفعها المؤمن عليه (بالإضافة إلى تكاليف الإدارة).

* **Adverse selection:** When a party enters into an agreement in which they can use their own private information to the disadvantage of another party.

* **سوء الاختيار:** عندما يدخل طرف في اتفاق يمكن من خلاله استخدام المعلومات الخاصة بك للإضرار بطرف آخر.

* **Agency:** A situation in which one person employs another to act on their behalf.

* **الوكالة:** الحالة التي تجعل شخص ما يوظف آخر للتصرف نيابة عنه.

* **Allocative efficiency:** A situation in which the factors of production have been allocated so as to reflect what people demand (i.e. demand matches supply). Social welfare is maximized as MB = MC in all markets and there can be no substitution between markets to increase welfare beyond its current level.

* **كفاءة التخصيص:** الحالة التي يتم من خلالها تخصيص عوامل الإنتاج وذلك لتعكس مدى ما يطلبه الناس (أي طلب عرض التشابه). يتم تكبير الرعاية الاجتماعية حيث MB = MC في جميع الأسواق، وهناك لا يمكن أن يكون هناك بدائل بين الأسواق لزيادة الرفاهية وراء مستواها الحالي.

* **Annualized costs:** The annual share of the initial cost of capital equipment or investments, spread over the life of the project-usually modified to take account of depreciation.

* **التكاليف السنوية:** الحصة السنوية للتكلفة الأولية للمعدات الرأسمالية، أو الاستثمارات، موزعة على حياة المشروع ـ عادة تعدل لمراعاة الاستهلاك.

* **Asymmetry of information:** A market situation where all participants do not have access to the same level of information.

* **عدم تماثل المعلومات:** حالة السوق حيث إن جميع المشاركين ليس لديهم إمكانية الحصول على نفس المستوى من المعلومات.

* **Average cost-effectiveness ratio (ACER):** Ratio of the difference in cost to the difference in effect of a single intervention against its baseline option (e.g. no programme or current practice).

* **متوسط نسبة فعالية التكاليف:** نسبة الفرق في التكلفة إلى الفرق في الأثر لتدخل واحد ضد خيار خط الأساس (مثل أي برنامج، أو ممارسة حالية).

* **Balance of payments (BOP):** Measure of currency flow between countries. Benefit-

* **ميزان المدفوعات:** قياس تدفق العملة بين البلدان.

* **Benefit - cost ratio (BCR):** Ratio of total monetized benefits divided by total costs.lndicator used in cost-benefit analysis (CBA).

* **نسبة المنافع والتكاليف:** نسبة الفوائد النقدية الإجمالية مقسومة على التكاليف الإجمالية. مؤشر يستخدم في تحليل التكاليف، والمنافع (CBA).

* **Budget line:** A line on graph representing all the possible combinations of two goods that can be purchased at given prices with a set budget.

* **بند الميزانية:** خط على الرسم البياني تمثل جميع التركيبات المكنة من اثنين من السلع التي يمكن شراؤها بأسعار معينة بميزانية محددة.

* **Capitation payment :** A predetermined amount of money given to a provider per member of a defined population to deliver specific services.

* **ضريبة الرؤوس المدفوعة:** مبلغ محدد مسبقاً من المال موفر لكل عضو من مجموعة سكانية محددة لتقديم خدمات محددة.

* **Cardinal scale :** A scale that provides measurements with quantifiable differences.
* ***Ceteris paribus:*** The assumption that all other variables remain unchanged.
* **Co-insurance:** The percentage of a medical bill that the insured must pay, after deductibles and co-payments are met. Some insurance schemes have co-insurance without deductibles and co-payments.
* **Community financing:** Collective action of local communities to finance health services through pooling out-of-pocket payments that can include a variety of payment methods such as cash, in-kind and partial or delayed payment.
* **Community rating:** Insurance premiums that are based on the pooled risk of a community.AII individuals in the community pay the same premium, regardless of claims experience or personal level of risk.
* **Complement:** A good that is often needed when consuming another good. For instance, sugar can be seen to be a complement to tea.

* **النطاق الرئيسي:** النطاق الذي يوفر قياسات مع وجود اختلافات قابلة للقياس الكمي.
* **مع ثبات العوامل الأخرى:** الافتراض أن جميع المتغيرات الأخرى تظل دون تغيير.
* **مشاركة في التأمين:** نسبة الفاتورة الطبية التي يجب أن تدفع للمؤمن عليه، بعد استيفاء الخصومات، ومشاركة المدفوعات. بعض خطط التأمين لديها مشاركة في التأمين بدون الخصومات ومشاركة المدفوعات.
* **تمويل المجتمع:** فعل تجميعي من المجتمعات المحلية لتمويل الخدمات الصحية من خلال تجميع المدفوعات خارج الجيب التي يمكن أن تشمل مجموعة متنوعة من طرق الدفع مثل النقد، والعينية، والسداد الجزئي، أو المتأخر.
* **تصنيف المجتمع:** أقساط التأمين التي تعتمد على المخاطر المجمَّعة للمجتمع. جميع الأفراد في المجتمع تدفع نفس القسط، بغض النظر عن مطالبات الخبرة، أو المستوى الشخصي من المخاطر.
* **التكملة:** السلعة التي تكون مطلوبة في كثير من الأحيان عندما تستهلك سلعة أخرى. على سبيل المثال، يمكن أن ينظر إلى السكر لكونه مكملا لتناول الشاي.

* **Constant dollars:** Also known as constant currency, these correspond to values that have been adjusted for inflation, and so reflect the 'real' or actual purchasing power.

* **الدولار الثابت:** والمعروف أيضاً باسم العملة الثابتة، وهذه تتوافق مع القيم التي يتم تعديلها للتضخم، وذلك يعكس الحقيقة، أو القوة الشرائية الفعلية.

* **Consumer surplus:** The difference between what a consumer actually pays for a good and the maximum they would have been willing to pay for it. In a sense it represents the 'profit' to a consumer.

* **فائض المستهلك:** الفرق بين ما يدفعه المستهلك فعليا لسلعة ما وأقصى ما يمكن أن يكونوا مستعدين لدفع ثمنها. بمعنى أنها تمثل 'الربح' للمستهلك.

* **Contingent valuation :** A technique used for assessing people's willingness to pay by asking 'Would you pay for this product if it were offered at this price?' for the same good at different price levels.

* **التقييم المشروط:** التقنية المستخدمة لتقييم استعداد الناس للدفع بالسؤال «هل تدفع لهذا المنتج إذا قدمت عروض عليه عند هذا السعر؟ «لنفس السلعة في مستويات أسعار مختلفة.

* **Co-payment:** A specified amount the insured must pay for each received service that can vary by service.

* **المدفوعات المشتركة:** مبلغ محدد للمؤَّمن عليه يجب أن يدفع لكل خدمة واردة والتي يمكن أن تختلف بالخدمة.

* **Cost-benefit analysis (CBA):** An economic evaluation technique in which outcomes are expressed in monetary terms.

* **تحليل التكاليف والمنافع:** أسلوب تقييم اقتصادي، والذي يتم التعبير به عن النتائج في صورة نقدية.

* **Cost - effectiveness analysis (CEA) :** An economic evaluation technique in which outcomes are

* **تحليل فعالية التكاليف:** أسلوب تقييم اقتصادي الذي من خلاله يتم التعبير عن النتائج في الوحدات

expressed in health units such as life years saved.

الصحية مثل سنوات العمر المحفوظة.

* **Cost-utility analysis (CUA):** An economic evaluation technique where outcomes are expressed in health units that capture not just the quantity but quality of life.

* **تحليل فائدة التكلفة:** أسلوب تقييم اقتصادي حيث إن النتائج يتم التعبير عنها في الوحدات الصحية والتي تستحوذ ليس فقط على الكمية بل على نوعية الحياة.

* **Cross price - elasticity of demand:** The percentage change in quantity demanded of a good divided by the percentage change in the price of another related good.

* **مرونة الأسعار المتبادلة للطلب:** النسبة المئوية للتغير في الكمية المطلوبة من سلعة ما مقسوماً على النسبة المئوية للتغير في سعر سلعة أخرى ذات صلة.

* **Cross-subsidization** A situation arising when the funds of different population groups' risk pools are pooled.

* **الدعم المتبادل:** الحالة الناشئة عندما يتم تجميع أموال مجموعات المخاطر السكانية المختلفة.

* **Current dollars:** Current dollars or currency refers to the actual dollars spent, without adjustment for inflation.

* **القيمة الحالية للدولار:** القيمة الحالية للدولار، أو العملة، ويشير إلى الدولار، الفعلي المنفق دون احتساب التضخم.

* **Deadweight loss:** The loss in allocative efficiency occurring when the loss of consumer surplus outweighs the gain in producer surplus.

* **فقدان الوزن الميت:** الخسارة في كفاءة التخصيص التي تحدث عند فقدان فائض المستهلك وتفوق الزيادة في فائض المنتج.

* **Deductible:** A fixed amount of a health care charge that the insured must pay before the insurer begins payment for all or part of the remainder of the costs.

* **الخصم:** المبلغ الثابت للرعاية الصحية الذي يجب على المؤمن أن يدفعه قبل أن تبدأ شركة التأمين في الدفع لكل، أو جزء من ما تبقى من التكاليف.

* **Demand curve:** A graph showing the relationship between the quantity demanded of a good and its price when all other variables are unchanged.

* **منحنى الطلب:** رسم بياني يوضح العلاقة بين الكمية المطلوبة للسلعة وسعرها عندما تكون المتغيرات الأخرى هي دون تغيير.

* **Diagnosis-related group (DRG):** Also known as health care resource groups (HRGs) these are case mix classification schemes which provide a means of relating the number and type of acute inpatients treated in a hospital to the resources required by the hospital.

* **المجموعة المتعلقة بالتشخيص:** المعروفة أيضاً باسم مجموعات موارد الرعاية الصحية هذه هي جداول التصنيف المختلطة التي توفر وسيلة لربط عدد، ونوع الحالات الحادة للمرضى الداخليين الذين يتلقون العلاج داخل المستشفى مع الموارد المطلوبة من قِبَل المستشفى.

* **Diminishing returns to scale:** A situation when a proportionate increase in all, inputs yields a less than proportionate increase in output.

* **العوائد المتناقصة:** الحالة التي عندها يحدث زيادة متناسبة في جميع المدخلات لتعطي زيادة متناسبة أقل في الإخراج.

* **Direct cost:** Resources used in the design, implementation, receipt and continuation of a health care intervention.

* **التكلفة المباشرة:** الموارد المستخدمة في التصميم، وتلقي، وتنفيذ، واستمرار تدخل الرعاية الصحية.

* **Disability adjusted life year (DALY):** A measure of health based not only on the length of a person's life but also their level of ability or disability.

* **عجز سنوات العمر المعدلة:** مقياس الصحة القائم ليس فقط على طول حياة الشخص، ولكن أيضاً على مستوى القدرة، أو العجز.

* **Discount rate** The rate at which future costs and outcomes are discounted to account for time preference.

* **معدل الخصم:** هو السعر الذي يتم فيه خصم التكاليف المستقبلية، والنتائج لمراعاة تفضيل الوقت.

* **Discounting:** A method for adjusting the value of costs and outcomes which occur in different time periods into a common time period, usually the present.

* **الخصم:** طريقة لتعديل قيمة التكاليف والنتائج التي تحدث في فترات زمنية مختلفة في فترة زمنية مشتركة، وعادة الحاضر.

* **Discrete choice experiments:** A technique used for assessing people's willingness to pay by determining how they rank different attributes (convenience, quality, price) of a service.

* **تجارب اختيار منفصلة:** التقنية المستخدمة لتقييم استعداد الناس للدفع من خلال تحديد كيفية ترتيب الخصائص المختلفة (الراحة، والجودة والسعر) من الخدمة.

* **Diseconomies of scale:** Technological conditions under which long-run average cost increases as output increases.

* **ميزان الاقتصاديات:** الظروف التكنولوجية تحت متوسط التكلفة على المدى الطويل التي تزيد مع زيادة الانتاج.

* **Economic (productive) efficiency:** A situation in which a producer cannot produce more without increasing cost.

* **الكفاءة الاقتصادية (الإنتاجية):** الحالة التي لا يستطيع المنتج من خلالها إنتاج أكثر دون زيادة في التكاليف.

* **Economic evaluation:** Compares the costs and consequences of alternative health care interventions to assess their value for money.

* **التقييم الاقتصادي:** يقارن بين تكاليف، وعواقب تدخلات الرعاية الصحية البديلة لتقييم قيمتها مقابل المال.

* **Economic growth:** A positive change in the level of production of goods and services of a country over time.

* **النمو الاقتصادي:** التغيير الإيجابي الحادث في مستوى إنتاج السلع والخدمات في بلد ما مع مرور الوقت.

* **Economic profit:** This is total revenue minus total cost, distinct from normal profit.

* **الربح الاقتصادي:** إجمالي الإيرادات ناقص التكلفة الإجمالية، متميزة عن الربح العادي.

* **اقتصاديات الميزان:** الشروط التي عليها متوسط التكلفة على المدى الطويل والتي يقل مع تزايد الإنتاج.

* **Economies of scale:** The conditions under which long-run average cost decreases as output increases.

* **اقتصاديات المجال:** الشروط التي عليها متوسط التكلفة على المدى الطويل يقل ونطاق الإنتاج / الخدمات يتوسع.

* **Economies of scope:** The conditions under which long-run average cost decreases as the range of production/services expands.

* **الكفاءة:** مصطلح عام يستخدم لوصف العلاقة بين المدخلات والمخرجات. وتختص بالإستفادة القصوى للموارد المتاحة، أو بالتقليل من التكاليف لمستوى معين من المنافع.

* **Efficiency:** A general term used to describe the relationship between inputs and outputs. It is concerned with maximizing benefits with the resources available, or minimizing costs for a given level of benefit.

* **العدالة:** هدف السياسة الذي يسعى لإقامة العدالة في تخصيص الموارد. غالباً ما يكون، ولكن ليس على سبيل الحصر، وتعرف بالهدف القائم على المساواة في توزيع الصحة، الرعاية الصحية، أو الحصول على الرعاية الصحية عبر المجموعات السكانية.

* **Equity:** A policy objective which seeks to establish fairness in the allocation of resources. It is often, though not exclusively, defined by an objective based on equality in the distribution of health, health care or access to health care across population groups.

* **المفاضلة بين الكفاءة، والعدالة:** اللغز الذي من خلاله تهدف السياسات إلى تحقيق حصة أكثر إنصافاً للموارد غالباً ما تكون غير الخيارات الأكثر فعالية، وبالتالي تؤدي إلى أقل من الحصة الإجمالية.

* **Equity-efficiency trade-off:** The conundrum in which policies aimed at achieving a more equitable share of resources often are not the most efficient options and thus result in less to share overall.

* **Experience rating:** Insurance premiums are based on the claims experience or risk level, such as age, of each insured group.

* **تصنيف الخبرة:** وتستند أقساط التأمين لمطالب الخبرات أو مستوى المخاطر، مثل العمر، لكل مجموعة مؤمن عليها.

* **Externality:** The cost or benefit arising from an individual's production or consumption decision which indirectly affects the well-being of others.

* **العوامل الخارجية:** التكلفة، أو المنافع الناشئة عن إنتاج الفرد، أو قرار الاستهلاك الذي يؤثر بشكل غير مباشر على رفاهية الآخرين.

* **Fee-for-service:** Payment mechanism where providers receive a specific amount of money for each service provided.

* **رسوم مقابل الخدمة:** آلية الدفع التي يتلقى بها مزودو الخدمة على مبلغ محدد من المال عن كل خدمة مقدمة.

* **Financial (budgetary) cost:** The accounting cost of a good or service usually representing the original (historical) amount paid - distinct from the opportunity (economic) cost.

* **التكلفة المالية (الميزانية):** حساب التكاليف لسلعة ما، أو خدمة ما عادة تمثل الأصل (التاريخي) للكمية المدفوعة - متميزة عن فرصة (الاقتصادية) التكلفة.

* **Financial intermediary:** An agency collecting money to pay providers on behalf of patients.

* **الوساطة المالية:** وكالة جمع المال للدفع لمزودي الخدمة نيابة عن المرضى.

* **Fixed cost/input:** A cost/input of production that does not vary with the level of output. The time for which at least one input cannot be changed actually defines the short run.

* **التكلفة الثابتة / المدخلات:** التكلفة / مدخلات الإنتاج التي لا تختلف مع مستوى الإخراج. الوقت الذي من خلاله على الأقل واحدٍ من المدخلات لا يمكن تغييره فعلياً على المدى القصير.

* **Formal sector employees :** Members of the population that are employed with a taxable income.

* **موظفي القطاع الرسمي:** الأعضاء من السكان الذين يعملون مع الدخل الخاضع للضريبة.

* **Fragmentation:** A situation whereby there are many financing schemes which operate as separate risk pools with limited cross - subsidization.

* **التجزئة:** الحالة التي توجد بها العديد من برامج التمويل التي تعمل كمجموعات مخاطر منفصلة مع دعم متبادل محدود.

* **Fund pooling:** The collection of funds that can be used for financing a given population's health care so that contributors to the pool share risks.

* **صندوق التجميع:** جمع الأموال التي يمكن استخدامها لتمويل رعاية صحية لمجموعة سكانية معينة حيث إن المساهمين في مجموعات تقاسم المخاطر.

* **Goods:** The outputs (such as health care) of a production process that involves the combining of different resources such as labour and equipment.

* **السلع:** المخرجات (مثل الرعاية الصحية) لعملية الإنتاج التي تشتمل على الجمع بين موارد مختلفة مثل العمل، والمعدات.

* **Gross domestic income (GDI):** Measures the income from all economic activities that take place within a country, and includes wages, profits, rents and interest.

* **الدخل المحلي الإجمالي:** يقيس الدخل من جميع الأنشطة الاقتصادية التي تتم داخل بلد ما، ويشمل الأجور، والأرباح، والإيجارات، والفائدة.

* **Gross domestic product (GDP):** The total value of goods and services produced within one year in a country. It is concerned with the output produced in a specific geographic location, regardless of the nationality of who produces it (e.g. a foreign-owned company).

* **الناتج المحلي الإجمالي:** القيمة الإجمالية للسلع والخدمات المنتجة خلال عام واحد في بلد ما. وتختص بالمخرجات المنتجة في موقع جغرافي معين، بغض النظر عن جنسية من ينتجها (مثل شركة مملوكة للأجانب).

* **Gross national income (GNI):** GNI is GDP plus income earned

* **الدخل القومي الإجمالي:** الدخل القومي الإجمالي هو الناتج المحلي

by a country's citizens from abroad, minus income earned in that country by foreign citizens.

الإجمالى بالإضافة إلى الدخل المكتسب من قبل المواطنين في بلد ما من الخارج، ناقص الدخل المكتسب في ذلك البلد من قبل المواطنين الأجانب.

* **Horizontal equity:** Equal treatment of equals (e.g. equal access for equal need).

* **العدالة الأفقية:** المساواة في المعاملة بين طرفين متكافئين (على سبيل المثال المساواة في الوصول لنفس الحاجة).

* **Human capital approach:** An approach that uses wages to measure the value of productivity lost through illness.

* **نهج رأس المال البشري:** النهج الذي يستخدم الأجور لقياس قيمة الإنتاجية المفقودة بسبب المرض.

* **Income elasticity of demand:** The percentage change in quantity demanded of a good divided by the percentage change in population income.

* **مرونة الدخل فى الطلب:** النسبة المئوية للتغيرِ في كمية مطلوبة من سلعة ما مقسوماً على النسبة المئوية للتغير في دخل السكان.

* **Income effect:** Demand for a good falls as its price rises in order for an individual to have enough income available to buy other goods.

* **تأثير الدخل:** الطلب لسلعة ما يهبط بارتفا ع سعرها من أجل أن يكون للفرد ما يكفي من الدخل لشراء سلع أخرى.

* **Incremental analysis :** A comparison of the difference in costs with the difference in consequences.

* **التحليل الإضافي:** مقارنة بين الفرق في التكاليف مع الاختلاف في التسلسل.

* **Incremental cost-effectiveness ratio (ICER):** Ratio of the difference in costs between two alternative programmes to the difference in effectiveness between the same two interventions.

* **نسبة فعالية التكاليف الإضافية:** نسبة الفرق في التكاليف بين اثنين من البرامج البديلة للفرق في الفعالية بين اثنين من نفس التدخلات.

* **Indirect cost :** The value of resources expended by patients and their carers to enable individuals to receive an intervention.

* **التكاليف غير المباشرة:** قيمة الموارد المنفقة من قبل المرضى، ومقدمي الرعاية لهم لتمكين الأفراد من الحصول على التدخل.

* **Inferior goods:** Goods for which demand decreases as income increases.

* **السلع الدنيا:** السلع التي ينخفض الطلب عليها مع تزايد الدخل.

* **Intangible cost :** The cost of discomfort, pain, anxiety or inconvenience.

* **التكلفة غير الملموسة:** تكلفة عدم الراحة، والألم، والقلق، أو الإزعاج.

* **Interval scale:** A scale that provides measures with quantifiable differences that does not have a true zero, for example a temperature scale.

* **نطاق الفاصل الزمني:** مقياس التدابير التي توفر مع وجود اختلافات قابلة للقياس الكمي التي ليس لديها (صفر صحيح)، على سبيل المثال مقياس درجة الحرارة.

* **Law of diminishing marginal utility:** A hypothesis that states that as consumption of a good increases so the marginal utility (extra benefit gained) decreases.

* **قانون تناقص المنفعة الحدية:** الفرضية القائلة بأن استهلاك السلع يتزايد، والمنفعة الحدية (فائدة إضافية مكتسبة) تقل.

* **Long run:** A decision-making time frame over which quantities of *all* inputs to production can be varied.

* **المدى الطويل:** الإطار الزمنى لصنع القرار الذي من خلاله يمكن أن تكون كميات كل مدخلات الإنتاج مختلفة.

* **Macroeconomics:** The study of the performance and functioning of the economy as a whole.

* **الاقتصاديات الكبرى:** دراسة أداء، وسير الاقتصاد ككل.

* **Marginal analysis :** An examination of the additional benefits or costs arising from an extra unit of consumption or production of a 'good'.

* **التحليل الهامشي:** دراسة الفوائد الإضافية، أو التكاليف الناشئة عن وحدة إضافية من الاستهلاك، أو الإنتاج من سلعة.

* **Marginal cost:** The change in the total cost if one additional unit of output is produced.

* **التكلفة الهامشية الحدية:** التغير في التكلفة الإجمالية إذا تم إنتاج وحدة إضافية واحدة من الإنتاج.

* **Marginal cost-effectiveness ratio (MCER):** Ratio of the difference in cost and effect resulting from the expansion or contraction of a programme.

* **نسبة فعالية التكاليف الهامشية:** نسبة الفرق في التكاليف والتأثير الناجم عن التوسع، أو الانكماش من البرنامج.

* **Marginal utility** The change in total utility derived from a one unit increase in consumption.

* **المنفعة الحدية:** التغير في إجمالي المنفعة المستمدة من زيادة وحدة واحدة في الاستهلاك.

* **Market demand:** Horizontal summation of all individual demand curves to represent the aggregate demand for a particular good within a market.

* **متطلبات السوق:** المحصلة الأفقية لجميع منحنيات الطلب الفردية لتمثيل الطلب الإجمالي لسلعة معينة في سوق معينة.

* **Market equilibrium:** A situation where the price in a given market is such that the quantity demanded is equal to the quantity supplied.

* **توازن السوق:** الحالة التي تكون فيها الأسعار في سوق معينة هو الكمية المطلوبة نفسها، وتساوي الكمية المعروضة.

* **Market failure:** A situation in which the market does not result in an efficient allocation of resources.

* **فشل السوق:** الحالة التي يكون فيها السوق لا يؤدي إلى كفاءة تخصيص للموارد

* **Microeconomics:** The study of decisions taken by individual consumers, households and firms and the way in which these decisions contribute to the setting of prices and output in various kinds of market.

* **الاقتصاديات الصغرى:** دراسة القرارات التي اتخذت من قبل مستهلكي الأفراد، والأسر، والشركات والطريقة التي تساهم بها هذه القرارات في تحديد الأسعار، والإنتاج في أنواع مختلفة من السوق.

* **Monopoly power:** The ability of a monopoly to raise price by restricting output.,

* **القوة الاحتكارية:** القدرة على الإحتكار لرفع السعر من خلال تقييد الإنتاج.

* **Moral hazard:** A situation in which one of the parties to an agreement has an incentive, after the agreement is made, to act in a manner that brings additional benefits to themselves at the expense of the other party.

* **الخطر الأخلاقي:** الحالة التي يكون فيها أي أحد من طرفي الاتفاق لديه الحافز، بعد إجراء الاتفاق، للعمل على نحو يحقق منافع إضافية لأنفسهم على حساب الطرف الآخر.

* **Natural monopoly:** A situation where one firm can meet market demand at a lower average cost than two or more firms could meet that demand.

* **الاحتكار الطبيعي:** الحالة التي يمكن فيها لشركة واحدة أن تكون قادرة على تلبية طلب السوق في متوسط منخفض أكثر تكلفة، يكون منخفضاً أكثر من اثنتين، أو أكثر من الشركات لتلبية هذا الطلب.

* **Net benefit:** The benefits of an intervention minus its costs.

* **صافي الفوائد:** الاستفادة من هذا التدخل ناقص تكاليفها.

* **Net present value (NPV):** Total monetized benefits minus costs. An indicator used in CBA.

* **صافي القيمة الحالية:** مجموع الفوائد التي تم تحويلها إلى نقود ناقص التكاليف. مؤشر يستخدم تحليل فائدة التكلفة.

* **Non-rival:** A good or service that can be consumed simultaneously by everyone.

* **غير منافس:** السلعة، أو الخدمة التي يمكن استهلاكها من قبل الجميع في وقت واحد.

* **Normal goods:** Goods for which demand increases as income increases.

* **السلع العادية:** السلع التي يزيد الطلب عليها مع زيادة الدخل.

* **Normal profit:** The return a firm receives from inputs such as a director's role in organizing and running the business. This is part of the firm's opportunity cost.

* **الربح العادي:** العوائد التي تتلقاها الشركة من المدخلات مثل دور المدير في تنظيم، وإدارة الأعمال. هذا هو جزء من تكلفة الفرصة البديلة للشركة.

* **Normative economics:** A strand of economic analysis which seeks to make recommendations about how the world *should* be - i.e containing value judgement. For example, a study which concludes that drugA is more cost-effective than drug B is a normative analysis.

* **الاقتصاد المعياري**: فرع من التحليل الاقتصادي الذي يسعى إلى عمل التوصيات حول كيف ينبغي للعالم أن يكون ـ أي التي تحتوي على حكم القيمة. على سبيل المثال الدراسة التي تستنتج أن الدواء A هو أكثر فعالية من حيث التكلفة من الدواء B هو تحليل المعيارية.

* **Operational efficiency:** See technical efficiency.

* **الكفاءة التشغيلية**: انظر الكفاءة التقنية.

* **Opportunity (economic) cost:** As resources are scarce, an individual in choosing to consume a good, in principle, chooses the good which gives to him or her the greatest benefit and thus he or she forgoes the consumption of a range of alternative goods of lesser value. The opportunity cost is the value of the benefit of the next best alternative.

* **تكلفة (الاقتصادية) الفرصة**: حيث إن الموارد شحيحة، وللفرد اختيار استهلاك سلعة ما، من حيث المبدأ، يختار السلعة التي تعطي له أو لها أكبر قدر من المنفعة، وبالتالي هو أو هي تستغني عن استهلاك مجموعة من السلع البديلة ذات القيمة الأقل. تكلفة الفرصة البديلة هي قيمة الفائدة للبديل الأفضل التالي.

* **Outcome:** A change in health status as a result of the system processes (in the health services context, the change in health status as a result of care).

* **النتائج**: التغيير في الحالة الصحية كنتيجة لعمليات النظام (في سياق الخدمات الصحية، التغيير في الوضع الصحي كنتيجة للرعاية).

* **Out-of-pocket (direct) paym-ent:** Payment made by a patient directly to a provider.

* **مدفوعات (المباشر) خارج الجيب**: الدفع الذي يدلي به المريض مباشرة إلى الموفر.

* **Output:** The good or service that is the result of the production process

* **المنتج**: السلعة، أو الخدمة التي هي نتيجة لعملية الإنتاج (في حالة

(in the case of health services, the service that is delivered).

الخدمات الصحية، الخدمات التي تم تسلمها).

* **Overhead cost:** Costs that are not incurred directly from providing patient care but are necessary to support the organization overall (e.g. personnel functions).

* **التكاليف العامة:** التكاليف التي لم يتم تكبدها مباشرة من توفير الرعاية للمرضى ولكنها ضرورية لدعم التنظيم العام (مثل موظفي الوظائف).

* **Pareto efficiency:** A situation in which there is no way of making any person better off without making someone else worse off (a point on the production possibilities frontier).

* **كفاءة (باريتو):** الحالة التي لا يوجد فيها أية وسيلة لجعل أي شخص أفضلٍ من دون جعل شخص آخر أسوأ حالاً (النقطة على حدود إمكانيات الإنتاج).

* **Patient sovereignty:** A situation in which patients can judge the costs and benefits of health care; bear the costs and receive the benefits of health care; and purchase those treatments where benefits exceed the costs.

* **سلطة المريض:** الحالة التي تمكن المرضى من الحكم على تكاليف ومنافع الرعاية الصحية؛ تحمل التكاليف والحصول على خدمات الرعاية الصحية، وشراء العلاجات حيث الفوائد تفوق التكاليف.

* **Perfect competition:** A market in which there are many suppliers, each selling an identical product and many buyers who are completely informed about the price of each supplier's product, and there are no restrictions on entry into the market.

* **المنافسة الكاملة:** السوق الذي به العديد من الموردين، كل مورِّد منهم يبيع منتج متطابق، والعديد من المشترين الذين لديهم علم تام عن سعر كل منتج مورد، وليست هناك أي قيود على الدخول في السوق.

* **Pigouvian tax :** A tax that is set to internalize the cost of negative externalities.

* **ضرائب (بيغو):** الضريبة التي تم تعيينها لاستيعاب التكاليف الخارجية السلبية.

* **Positive economics:** Economic statements that describe how things are. For example a study that measures the change in health care expenditure for a particular country over time is a positive analysis.

* **الاقتصاد الإيجابي**: البيانات الاقتصادية التي تصف كيف تسير الأمور. على سبيل المثال الدراسة التي تقيس التغير في الإنفاق على الرعاية الصحية لبلد معين بمرور الوقت هو تحليل إيجابي.

* **Price discrimination:** This occurs when a firm offers the same product at different prices to different people.

* **التمييز في الأسعار**: يحدث هذا عندما تقدم شركة ما نفس المنتج بسعر مختلف لأناس مختلفين.

* **Price elastic:** A change in price produces a more than proportionate change in quantity demanded.

* **مرونة السعر**: التغير في السعر الذى ينتج عنه أكثر من تغيير متناسب في الكمية المطلوبة.

* **Price elasticity of demand:** The relative responsiveness of the quantity demanded of a good to a change in its own price. The percentage change in quantity demanded divided by the associated percentage change in price.

* **مرونة السعر للطلب**: الاستجابة النسبية للكمية المطلوبة لسلعة ما إلى التغيير في سعرها الخاص. النسبة المئوية للتغير في كمية الطلب مقسوماً على النسبة المئوية المصاحبة للتغير في السعر.

* **Price elasticity of supply:** The percentage change in quantity supplied of a good divided by the percentage change in the good's own price.

* **مرونة سعر العرض**: النسبة المئوية للتغير في الكمية المعروضة لسلعة ما مقسومة على النسبة المئوية للتغير في سعر السلعة الخاص بها.

* **Price inelastic:** A change in price produces a less than proportionate change in quantity demanded.

* **السعر غير المرن**: التغير في السعر إنتاجية أقل من التغيير النسبي في الكمية المطلوبة.

* **Price taker:** A supplier that cannot influence the price of the good or service they supply.

* **أخذ سعر**: المورد الذي لا يمكنه التأثير على سعر السلعة، أو الخدمة التي يقدمها.

* **Principal:** A person on whose behalf an agent acts.

* **المسؤول الرئيسي:** هو الشخص الذي ينوب عنه وكيل أعمال.

* **producer surplus:** The difference between the amount that a producer receives from the sale of a good and the lowest amount that producer is willing to accept for that good.

* **فائض المنتج:** الفرق بين المبلغ الذي يتلقاه أحد المنتجين من بيع سلعة والمبلغ الأقل الذي يكون المنتج على استعداد لقبوله تلك السلعة.

* **Production function:** The functional relationship that indicates how inputs are transformed into outputs in the most efficient way.

* **وظيفة الإنتاج:** هي العلاقة الوظيفية التي تشير إلى كيفية تحويل المدخلات إلى مخرجات بالطريقة الأكثر فعالية.

* **Production possibilities frontier:** A line on a graph that shows the boundary between the combinations of goods that can be produced and those that cannot with the resources available.

* **إمكانيات حدود الإنتاج:** خط على الرسم البياني الذي يظهر الحدود بين مجموعات من السلع التي يمكن أن تنتج، وتلك التي لا يمكن إنتاجها مع الموارد المتاحة.

* **Progressive:** A financing mechanism is described as progressive if it consumes an increasing proportion of income as income rises.

* **التقدمية:** آلية التمويل التي تصف التقدم إذا كان يستهلك نسبة متزايدة من الدخل مع ارتفاع الدخل.

* **Public good:** A good or service that can be consumed simultaneously by everyone and from which no one can be excluded.

* **الصالح العام:** السلعة، أو الخدمة التي يمكن استهلاكها في وقت واحد من قبل الجميع التي يمكن من خلالها عدم استبعاد أي أحد.

* **purchasing power parity (PPP):** Exchange rate that equates the price of a basket of identical traded goods and services in different countries.

* **تكافؤ القوة الشرائية:** معدل التبادل الذي يعادل سعر سلة من السلع المتداولة المتطابقة، والخدمات في بلدان مختلفة.

* **Quality adjusted life years (QALY):** A year of life adjusted for its quality. A year in perfect health is considered equal to 1.0 QALY.

* **سنوات نوعية الحياة المعدلة:** سنة الحياة المعدلة لجودتها. سنة في الصحة المثلى يعتبر مكافئاً لـ 1.0.

* **Ratio scale:** A cardinal scale that has a true zero, for example length.

* **مقياس النسبة:** المقياس الرئيسي الذي يحتوي على صفر صحيح، على سبيل المثال الطول.

* **Recurrent cost:** The value of resources with useful lives of less than one year that have to be purchased at least once a year.

* **التكاليف المتكررة:** قيمة الموارد ذات الأعمار الإنتاجية الأقل من سنة واحدة التي يجب أن يكون شراؤها على الأقل مرة في السنة.

* **Regressive:** A financing mechanism is described as regressive if it consumes a decreasing proportion of income as income rises.

* **التراجعية:** آلية التمويل التي توصف كتراجعية إذا كانت تستهلك نسبة انخفاض في الدخل كارتفاع الدخل.

* **Resources:** These represent inputs into the process of producing goods. They can be classified into three main factors: labour, capital and land. Different goods would generally require varying combinations of these factors. Resources are generally valued in monetary terms.

* **الموارد:** هذه تمثل المدخلات في عملية إنتاج السلع. ويمكن تصنيفها إلى ثلاثة عوامل رئيسية هي: العمل، ورأس المال والأرض. سلع مختلفة تتطلب عموماً مجموعات متباينة من هذه العوامل. والموارد تقدر قيمتها عموماً من حيث الموارد النقدية.

* **Returns to a factor:** This measures the addition to output as one factor to production is increased.

* **العودة إلى عامل**: هذا يقيس الإضافة إلى الإنتاج كما يتم زيادة عامل واحد للإنتاج.

* **Returns to scale:** This measures the addition to output as the scale of operations increases in the long run so that all inputs can be varied.

* **العودة إلى الميزان:** هذا يقيس الإضافة إلى الإنتاج حيث تتزايد العمليات على المدى الطويل بحيث يمكن أن تختلف كل المدخلات.

* **Revenue collection:** The raising of funds either directly from individuals seeking health care or indirectly through governments or donors.

* **تحصيل الإيرادات:** جمع الأموال إما مباشرة من الأفراد الذين يسعون للرعاية الصحية، أو غير مباشرة من خلال الحكومات، أو الجهات المانحة.

* **Risk aversion :** The unwillingness of an individual to take on an identified risk.

* **النفور من المخاطرة:** عدم رغبة الفرد بتحمل المخاطر التي تم تحديدها.

* **Scale efficiency:** A situation where the provider is producing at an output level such that average cost is minimized.

* **نطاق الكفاءة:** الحالة التي يكون فيها المورد ينتج على مستوى الإخراج بحيث يتم التقليل من متوسط التكلفة.

* **Sensitivity analysis :** The process of assessing the robustness of the findings of an economic evaluation by varying the assumptions used in the analysis.

* **تحليل الحساسية:** عملية تقييم مدى متانة النتائج التي توصل إليها التقييم الاقتصادي من خلال تغيير الافتراضات المستخدمة في التحليل.

* **Shadow price:** The true economic price of a good that reflects its value to society.

* **سعر الظل:** الثمن الاقتصادي الحقيقي للسلعة الذي يعكس قيمتها في المجتمع.

* **Short run:** A decision-making time frame within which at least

* **المدى القصير:** الإطار الزمني لصنع القرار داخل واحدة على الأقل من

one input (the fixed input - see above) cannot be varied.

المدخلات (المدخلات الثابتة ـ انظر أعلاه) لا يمكن أن تختلف.

* **Social cost:** The total cost associated with an activity including both private costs and those incurred by society as a whole.

* **التكلفة الاجتماعية:** التكلفة الإجمالية المرتبطة بالنشاط بما في ذلك كل من التكاليف الخاصة وتلك التي يتحملها المجتمع ككل.

* **Substitutes:** Goods that can be used in place of other goods (e.g. tea and coffee are seen as substitutes).

* **البدائل:** السلع التي يمكن استخدامها بدلاً من السلع الأخرى (بالنظر على سبيل المثال للشاي والقهوة كبدائل).

* **Supply curve:** A graph showing the relationship between the quantity supplied of a good and its price when all other variables are unchanged.

* **منحنى العرض:** رسم بياني يوضح العلاقة بين الكمية المعروضة من سلعة وسعرها عندما تكون جميع المتغيرات الأخرى هي دون تغيير.

* **Supplier-induced demand:** The demand that exists beyond what would have been asked by consumers if they had been perfectly informed about their health problems and the various treatments available.

* **المورد الذي يحث عن الطلب:** الطلب الموجود بما يتجاوز ما قد طلب من قبل المستهلكين إذا قد تم إبلاغهم تماماً عن مشكلاتهم الصحية والعلاجات المختلفة المتاحة.

* **Technical (operational) efficiency:** A point at which a producer cannot produce more output without using more of at least one input.

* **كفاءة (التنفيذية) التقنية:** النقطة التي عندها المنتج لا يستطيع إنتاج المزيد من المخرجات دون استخدام أكثر من مدخل واحد على الأقل.

* **Time preference:** People's preference for consumption (or use of resources) now rather

* **التفضيل الزمني:** تفضيل الناسٍ للاستهلاك (أو استخدام الموارد) عاجلاً وليس آجلاً لأنهم يقيمون الاستهلاك

than later because they value present consumption more than the same consumption in the future.

الحالي أكثر من الاستهلاك نفسه في المستقبل.

* **Total (economic) cost:** The sum of all the costs of an intervention or health problem.

* **التكلفة (الاقتصادية) الإجمالية:** مجموع كل التكاليف للتدخل، أو المشكلة صحية.

* **Transaction costs:** Costs of engaging in trade - l.e. the costs arising from finding someone with whom to do business, of reaching an agreement and of ensuring the terms of the agreement are fulfilled.

* **تكاليف الصفقات:** تكاليف الانخراط في التجارة ـ أي التكاليف الناشئة عن العثور على شخص للقيام معه بأعمال تجارية، من التوصل إلى اتفاق وضمان شروط الاتفاق التي تم إنجازها.

* **Underwriting:** The insurer's process of reviewing insurance applications, deciding what coverage to offer and determining the applicable premiums based on the health status of the applicant.

* **الاكتتاب**: عملية خاصة بشركة التأمين لمراجعة تطبيقات التأمين، وتقرير التغطية المطلوبة لتقديم، وتحديد قرار بشأن ما لتقديم، وتحديد أقساط التأمين المعمولة بناء على الحالة الصحية للطالب.

* **Unofficial payments:** Spending in excess of official fees, also called 'under the table' or 'envelope' payments.

* **المدفوعات غير الرسمية:** انفاق ما يزيد على الرسوم الرسمية، وتسمى أيضاً «تحت الطاولة»، أو «المغلفة» المدفوعات.

* **Utility :** The happiness or satisfaction an individual gains from consuming a good. The more utility an individual derives from the consumption of a good, all else being equal, the more he or she would be willing to spend his or her income on it.

* **الفائدة:** السعادة، أو الارتياح التي يكتسبها الشخص من استهلاك سلعة ما. وكلما زادت فائدة الفرد المستمدة من استهلاك السلعة، بينما كل شيء آخر متساو، كلما كان هو، أو هي لها على استعداد لإنفاق دخله أو دخلها على ذلك.

* **Variable cost/input:** A input/ cost of production that varies directly with the level of output.

* **التكلفة المتغيرة/المدخلات:** الإدخال / تكاليف الإنتاج تختلف بشكل مباشر مع مستوى الإخراج.

* **Vertical equity:** Unequal (but fair) treatment of unequals (i.e, individuals who are unequal should be treated differently according to their level of need).

* **العدالة الأفقية:** عدم المساواة (ولكن عادل) في التعامل مع غير المتكافئين (على سبيل المثال: ينبغي أن يعامل الأفراد غير المتكافئين بشكل مختلف وفقاً لمستوى الحاجة).

* **Welfare (or social welfare):** The economic criterion on which a policy change or intervention is deemed to affect the well-being of a society. In general, this is assumed to be determined by aggregation of the utilities experienced by every individual in a society.

* **الرفاهية (أو الرفاهية الاجتماعية):** المعيار الاقتصادي الذي يعتبر تغيير السياسة، أو التدخل للتأثير على رفاهية المجتمع. وبشكل عام، يفترض أن يحدد هذا تجميع الأدوات المساعدة التي يعاني منها كل فرد في المجتمع.

* **Willingness to pay (WTP):** The value an individual places on reducing a health problem or gaining an improvement in health.

* **الاستعداد للدفع:** قيمة الأماكن الفردية للحد من مشكلة صحية، أو اكتساب تحسن في الصحة.

# المراجع والقراءات الإضافية

# References & Further reading

* المراجع والقراءات الإضافية لهذا الكتاب متوفرة في الكتاب الأصلي الأجنبي لدى المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، وعلى القرص المدمج للكتاب المترجم الصادر من المركز، وكذلك على موقع المركز: (www.acmls.org).

* References and Further reading are available in original book at ACMLS, on CD of translated book from ACMLS, and on website: (www.acmls.org).

## CHAPTER 1

## References

Alston RM, Kearl JR and Vaughan MB (1993) Is there a consensus among economists in the I 990s? *American Economic Review 82:203-9.*
Arrow KJ (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review 53:941-73.* Fuller D and Geide-Stevenson D (2003) Consensus among economists: revisited. *Journal* of *Economic Education* 34: 369-87.
Mooney G (1994) *Key Issues* in *health* economics. Exeter: Harvester Wheatsheaf.
Mooney G and Shiell A (1996) A *workbook in* core *health economics.* Sydney: Department of Public Health and Community Medicine, University of Sydney.
Neuhauser D and Lewicki AM (1976) National health insurance and the sixth stool guaiac. *Policy Analysis* 24:175-96.
Shepard DS and Thompson MS (1979) First principles of cost-effectiveness analysis in health. *Public Health Report* 94(6): 535-43.
WH 0 (World Health Organization) (1998) *Health promotion glossary,* WHO *IH* PR/H E P *198.1* , http://www. who.intlhpr/N PH/docs/hp -&Iossary _ en.pdf.

## Further reading

Fuchs,VR (2000) The future of health *economics,Journal* of *Health* Economics 19(2): 141-57.
McPake B, Kumaranayake L and Normand C (2002) *Health* economics - *an international perspeaive.* London:
Routledge, Chapter I.
Morris S, Devlin N and Parkin D (2007) *Economic analysis in health care.* Chichester: Wiley, Chapter I, Sections 1.1, 1.3, 1.8, 1.9.
Olsen JA (20 I 0) *Principles* of *health* economics *and policy.* Oxford: Oxford University Press, Chapters I and 2. Witter S, Ensor T, Jowett M and Thompson R (2000) *Health economics for developing countries.* London:
Macmillan Education, Part I.

# CHAPTER 2

## References


Aizenman j and jinjarak Y (2009) Globalization and Developing Countries: A Shrinking Tax Base? *Journal* of *Development Studies 45(5):653-71.*

Baunsgaard T and Keen M (2005) *Tax revenue and (or?) trade liberalization.* 1M F Working Paper No. 05/1 12. Blouin C, Chopra M and van der Hoeven R (2009) Trade and social determinants of health. *Lancet* 7:373(9662):502-7.

Connell j et *al.* (2007) Sub-Saharan Africa: beyond the health worker migration crisis? *Social Science & Medicine* 64: 1876-91.

Datta P and Krishnan GS (2003) The health travellers. *BusinessWorld,* 22 December, www.businessworldin com/issue/pharma.asp.

De Cordoba SF, Laird Sand Vanzetti D (2006) *Smoke and mirrors: making* sense of *the* WTO *industrial* to *negotiations.* United Nations Conference on Trade and Development Policy Issues in Internatio Trade and Commodities Study Series No. 30, Trade Analysis Branch, Division on International Tra in Goods and Services and Commodities. New York and Geneva: UNCTAD, United Nations.

Ghose AK (2003) *Jobs and incomes* in *a globalizing world.* Geneva: International Labour Office.

Hawkes C (2006) Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. *Global Health* 28:2( I ):4.

Hsiao Wand Heller PS (2007) What should macroeconomists know about health care policy? 1M F Worki Paper *WP/07/13,* www.imf.orglexternal/pubs/catllongres.cfm?sk=20103.0.

Keogh-Brown M and Smith RD (2008) The economic impact of SARS: how does the reali match the predictions. *Health Policy* 88: I 10-20.

Lall S (2004) The employment impact of globalization in developing countries, in Lee E a Vivarelli M (eds) *Understanding globalization, employment and poverty reduction.* Houndmill Palgrave Macmillan for the ILO, pp. 73-10 I.

Onzivu W (2002) The public health implications ofthe Association of South East Asian Nations (AS EA legal regime on tobacco control. *Australian Journal* of *Asian Law* 4(2): 16Q-87.

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2003) Regionalism and multilate Trading System. Paris: OECD ISBN: 92641 0 1373. *http://www.oecd.org/dataoecd/23/12/8895922.p* Popkin BM (1998) The nutrition transition and its health implications in lower income countries. *Pub Health Nutrition* 1:5-21.

Pritchett L and Summers LH (1996) Wealthier is healthier. *The Journal* of *Human Resources* XXXI: 841-6 Sachs J (200 I) *Macroeconomics and health: investing* in *health for economic development,* report of t Commission on Macroeconomics and Health. Geneva:Worid Health Organization.

Smith J (1999) Healthy bodies and thick wallets: the dual relationship between health and economic statu *Journal* of *Economic Perspeaive* 13(2): 143-66.

Smith RD (2006) Trade in health services: current challenges and future prospects of globalisation, in Jon AM (ed) *Elgar companion* to *health economics* (2nd edn). Cheltenham: Edward Elgar.

Smith RD, Correa C and Oh C (2009) Trade, TRI PS, and pharmaceuticals. *Lancet 373:684-91.*

Wilkinson RG and Marmot MG (eds) (2003) *Social determinants* of *health: the solid facts.* Geneva: Wor! Health Organization.

World Bank (20 II) *Country and lending groups,* http://data.worldbank.org/aboutlcountry-c1assification country-and-lending-groups#Low _income.

Yach D (1998) Telecommunications for health - new opportunities for action. *Health Promotion Internation* 13:339-47.


## Further reading


Bloom D and Canning D (2000) The health and wealth of nations. *Science* 287(5456): 1207-9.

Pritchett L and Summers LH (1996) Wealthier is healthier. *The Journal* of *Human Resources* XXXI:84 1-68.

Sachs J (200 I) *Macroeconomics and health: investing* in *health for economic development,* report of th Commission on Macroeconomics and Health. Geneva:Worid Health Organization.

Smith RD (2006) Trade in health services: current challenges and future prospects of globalisation, in:Jones AM (ed) *Elgar companion* to *health economics* (2nd edn). Cheltenham: Edward Elgar.

Smith RD and Lee K (2009) Trade and health: an agenda for action. *Lancet 373:768-73.*

## CHAPTER 3

## References

Fox-Rushby J and Cairns J (2005) *Economic evaluation.* Maidenhead: Open University Press. ManningWG et *al.* (1987) Health surance and the demand for medical care: evidence from a randomi experiment. *American Economic Review 77(3):251-77.*
Masiye F, Chitah B and Mcintyre D (20 I 0) From targeted exemptions to user fee abolition in health experience from rural ımbia. *Social Science* & *Medicine 72(4):743-50.*
Parkin M, Powell M and Mathews K (2008) *Economics* (7th edn). Harlow:Addison-Wesley. Pauly M (1988) Is medical care fferent? in Greenberg W (ed) *Competition in the health care* sector: *ten later.* Durham, NC: Duke University Press.
Wiseman V et *al.* (2007) Determinants of bed net use in The Gambia: implications for malaria con *American Journal* of *Tropical edicine and Hygiene 76:830-6.*

## Further reading

Jan S et *al.* (2005) *Economic analysis for management and policy.* Maidenhead: Open University Press: 3 ManningWG et *al.* (1987) Health insurance and the demand for medical care: evidence from a random' experiment. *American Economic Review 77(3):251-77.*
Masiye F, Chitah B and Mcintyre D (20 I 0) From targeted exemptions to user fee abolition in health experience from rural Zambia. *Social Science* & *Medicine 72(4):743-50.*
Tamblyn R et *al.* (200 I) Adverse effects associated with prescription drug cost-sharing among poor elderly persons. *Journal* of *the American Medical Association 285:2328-9.*

## CHAPTER 4

### References


Asian Development Bank (2000) A Handbook for the economic analysis of health sector projects. Manila: Asian Development Bank.
and Sutton M (1992) Are increases in cigarette taxation regressive? Health Economics 1:245-53.
P and Molyneaux J (1996) Financing public health sector expenditures through user fees: theory and " ence from an explicit social experiment in Indonesia. Santa Monica: RAND.
,Powell M and Mathews K (2008) Economics (7th e d n). Harlow :Addison-Wesley.
ILarson BA, Zusman A and Rosen A. (2002) How will the reduction of tariffs and taxes on insec'de-treated bed nets affect household purchases? Bulletin of the World Health Organization 11):892-9.


### Further reading


Borren P and Sutton M (1992) Are increases in cigarette taxation regressive? *Health Economics* 1:245-53.
Donaldson C et *al.* (2005) *Economics* of *health* care *financing: the visible hand.* Basingstoke: Palgrave Mac mill 98-02.
Parkin M, Powell M and Mathews K (2008) Economics (7th edn). Harlow: Addison-Wesley: 81-7.
Simon JL, Larson BA, Zusman A and Rosen A (2002) How will the reduction of tariffs and taxes insecticide-treated bed nets affect household purchases? *Bulletin* of *the World Health Organiza'* 80( II ):892-9.

# CHAPTER 5

## References

Wensing. MP et *al.* (2006) Physician workload in primary care: what is the optimal size of practices? A cr sectional study. *Health Policy 77:260-7.*

## Further reading

Adang E and Wensing M (2008) Economic barriers to implementation of innovations in health care: is long run-short run efficiency discrepancy a paradox? *Health Policy 88:236--42.*
Folland S. et *al.* (eds) (20 I 0) The economics of health and health care. Harlow: Pearson. Chapter 6. Morris S et *al.* (2007) *Economic analysis in health* care. Chichester:Wiley. Chapter 3.

# CHAPTER 6

## References

Bojke C, Gravelle H and Wilkin D (200 I) Is bigger better for primary care groups and trusts? *British Medical Jaurnal* 322( I 0 March):599-602.
Fulop N et *al.* (2002) Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. *British Medical Journal 325(7358):246.*
Gulnness L, Kumaranayake L and Hanson K (2007) A cost function for H IV prevention services: is there a 'u'-shape? Cost *Effeaive* Resource *Allocation* 5( I): 13.
Posnett J (1999) Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. *British Medical Journal* 319: I 063-5.
Weil T (20 I 0) Hospital mergers: a panacea? *Journal* of *Health Services Research and Policy 15(4):251-3.*

## Further reading

*Bojke* C, Gravelle H and Wilkin D (200 I) Is bigger better for primary care groups and trusts? *British Medical Journal* 322( I 0 March):599-602.
Brooker S, Kabatereine N, Fleming F and Devlin N (2008) Cost and cost-effectiveness of nationwide school-based helminth control in Uganda: intra-country variation and effects of scaling-up. *Health Policy and Planning 23:24-35.*
Johns B and Torres TT (2005) Costs of scaling up health interventions: a systematic review. *Health Policy Pion* 20( I): 1-13.

# CHAPTER 7

## References

CITIVAS (2009) *Markets in health care: theory* behind the *policy,* www.civitas.org.uklnhs/download/Civitas-Markets_in_healthcare_Dec09.pdf.
Green M (2007) *The economics* of *health care.* London: Office of Health Economics.
Palmer S and Torgerson DJ (1999) Definitions of efficiency, *British Medical* Journal 318: 1136.
Smith A (1776) *The Wealth* of *Nations,* http://bookcoverarchive.com/adam_smith.

## Further reading

Donaldson CK et *01.* (2004) *The economics* of *health care financing:* the *visible hand.* Basingstoke: Palgrave Macmillan, Chapter 5: *73-6.*
Kikumbih N et *0/.* (2005) The economics of social marketing: the case of mosquito nets in Tanzania, *Social Science* & *Medicine* 60(2):369-8 I.
Palmer S and Torgerson D J (1999) Definitions of efficiency, British *Medical* Journal 318: I 136.

# CHAPTER 8

## References


Donaldson CK *et al.* (2004) *The economics* of *health care financing: the visible hand.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Donaldson C *et al.* (2005) *Economics* of *health care financing: the visible hand* (2nd edn). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Green M (2007) *The economics* of *health care.* London: Office of Health Economics.

Lagarde M and Palmer N (2008) The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? *Bulletin or the World Health Organization* 86( I I): 839--48.

Mcintyre P and LeaskJ (2008) Improving uptake ofMMR vaccine. *British MedicaljournaI336:729,doi:* 10.1136/ bmj.39503.508484.80.

Mills A and Gilson L (1988) *Health economics for developing countries: a survival kit.* London: London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Parkin M, Powell M and Matthews K (2008) *Economics.* Harlow: Pearson Education.

Smith R, Beaglehole R,Woodward D and Drager N (eds) (2003) *Global public* goods for *health: health* economics *and public health perspectives.* Oxford: Oxford University Press.

Thomson S, Foubister T and Mossialos E (20 I 0) Can user charges make health care more efficient? *British Medical Journal* 341 :c3759.


## Further reading


Gubb j, Lawson N, Smith S and Tomlinson j (20 I 0) Will a market deliver quality and efficiency in health care better than central planning ever could 1 Debate. *British Medical Journal 340:568-70.*

Hanson K (2004) Public and private roles in malaria control: the contributions of economic analysis. *American Journal* of *Tropical Medicine and Hygiene* 71 (sup pi 2): 168-73.

Hanson K, Kumaranayake L and Thomas I (200 I) Ends versus means: the role of markets in expanding access to contraceptives. *Health Policy and Planning* 16(2): 125-36.

jack W (200 I) The public economics oftuberculosis control. *Health Policy 57(2):79-96.*

Morris S, Devlin N and Parkin D (2007) Economic *analysis* in *health* care. Chichester: Wiley, Chapter 5, sections 5.1-5.3.5 and Chapter 6, sections 6.1-6.8.4.

# CHAPTER 9

## References


Abel-Smith Band Campling J (1994) The history of the organization and financing of health services, in Abel-Smith Band Campling J,An *introduaion* to *health policy, planning and ftnancing.* London: Longman.

Barendregt J, Bonneux L and Van der Maas J (1997) The health care costs of smoking. *New England* Journal of *Medicine* 337: I 052-7.

Bennet S, McPake B, and Mills A (1997) *Private health providers: serving the public interest.* London: Zed Books. Bodenheimer T (2005) High and rising health care costs, part 3: the role of health care providers. *Annals* of *Internal Medicine* 142( 12, Part 1):996-1002.

Davis C (20 I 0) Understanding the legacy: health financing systems in the USSR and central and eastern Europe prior to transition, in Kutzin J, Cashin C and Jakab M (eds) *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition.* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Donaldson C et *al.* (2005) *The economics* of *health care financing: the visible hand.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Ensor T and Thompson R (1997) Health insurance as a catalyst to change in former communist countries.

Paper presented at the Annual Health Economics Unit Conference, Dhaka, Bangladesh.

Hamel MB et *al.* (1996) Seriously ill hospitalized adults: do we spend less on older patients? Support investigators. Study to understand prognoses and preference for outcomes and risks of treatments. *Journal* of *the American Geriatric Society* 44(9): I 043-8.

Hurst J (1992) *The reform* of *health care:* a *comparative analysis* of *seven OECD countries.* Paris: OECD. Mathers CD, Lopez AD and Murray CJL (2006) The burden of disease and mortality by condition: data, methods, and results for 200 I, in Mathers CD et *al.* (eds) *Global burden* of *disease and risk factors.* New York: Oxford University Press.

Murray C and Frenk J (2000) A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin* of *the World Health Organisation 78(6):717-31.*

Normand C (1991) Economics, health and the economics of health. *British Medical Journal* 303: 1572-7. OECD (2010a) How much is too much? Value for money in health spending, in *Health policy studies: value for money in health spending.* Paris: OECD.

OECD (2010b) Growing health spending puts pressure on government budgets, according to OECD health data 20 I 0. Paris: OECD.

Reiman A (1988) Asessment and accountability: the third revolution in medical care. *New England Journal* of *Medicine* 3 19: 1220-2.

Smith S, Newhouse J and Freeland MS (2009) Income, insurance and technology: why does health spending outpace economic growth? *Health Affairs* 28(5): 1276-84.

Werblow A, Felder S and Zweifel P (2007) Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? *Health Economics* 16( 1 0): II 09-26.


## Further reading


Abel-Smith Band Campling J (1994) The history of the organization and financing of health services, in Abel-Smith Band Campling J, An *introduction* to *health policy, planning and financing.* London: Longman.

European Observatory on Health Care Systems (2002) Funding health care: options for Europe, policy brief 4. London: *European Observatory* on *Health Care Systems.*

OECD (20 I 0) How much is too much?Value for money in health spending, in *Health policy studies: value for money in health spending.* Paris: OECD, Chapter 2.

Smith S, Newhouse J and Freeland MS (2009) Income, insurance and technology: why does health spending outpace economic growth? *Health Affairs* 28(5): 1276-84.

World Health Organization (2000) Who pays for health systems? in *World Health Report.* Geneva:WHO, Chapter 5.

## CHAPTER 10

## References


Brian J and Levitt SD (2003) Rotten apples: an investigation of the prevalence and predictors of teacher cheating. *Quarterly journal* of Economics 118(3):843-78.
Christianson JB et *0/.* (2007) *Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: a review* of the *evidence.* London:The Health Foundation.
Goddard M et *0/.* (20 I 0) Where did all the G Ps go? Increasing supply and geographical equity in England and Scotland. *journal* of *Health Services Reseach & Policy* 15( 1 ):28-35.
Gosden T et *01.* (1999) How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM* 92( 1 ):47-55.
Hillman BJ et *01.* (1990) Frequency and costs of diagnostic imaging in office practice - a comparison of self-referring and radiologist-referring physicians. New *England journal* of *Medicine* 323(23): 1604--8.
Kouides RW et *0/.* (1998) Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. *American journal* of *Preventive Medicine 14(2):89-95.*
J and Wiley C (2002) Hospital payment mechanisms: theory and practice in transrtron countries, in McKe M and Healy J (eds) *Hospitals in* a *changing Europe.* Maidenhead: Open University Press.
Langbrunner J et *al.* (2005) Purchasing and paying providers, in Figueras J, Jakubowski E and Robinson R (eds) *Purchasing* to *improve health systems performance.* Maidenhead: Open University Press.
Meessen Bet *al.* (2006) Reviewing institutions of rural health centres: the performance Initiative in Butare, Rwanda. *Tropical Medicine & International Health* 11(8): 1303-17.
Petersen LA et *al.* (2006) Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals* of *Internal Medicine* 145(4): 265-72.
Prendergast C (1999) The provision of incentives in firms. *Journal* of *Economic Literature* 37( I ):7-63.
Rice T ( 1997) Physician payment policies: impacts and implications. *Annual Review* of *Public Health 18:549-65*
Rizzo JA and Zeckhauser RJ (2007) Pushing incomes to reference points: why do male doctors earn more? *Journal* of *Economic Behavior & Organization* 63(3): 514-36.


## Further reading


Gosden T et *al.* (1999) How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM* 92( I ):47-55.
Langbrunner J and Wiley C (2002) Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition countries, in McKee M and Healy J (eds) *Hospitals in* a *changing Europe.* Maidenhead: Open University Press.
Langbrunner J et *al.* (2005) Purchasing and paying providers, in Figueras J, Jakubowski E and Robinson R (eds) *Purchasing* to *improve health systems performance.* Maidenhead: Open University Press .
Robinson JC et *al.* (2004) Alignment and blending of payment incentives within physician organizations. *Health Services Research* 39(5): 1589-606.

## CHAPTER 11

### References

Anderson G and Squires D (20 I 0) Measuring the U.S. health care system: a cross-national comparison. Issues *in International Health Policy* 1412(90): 1-9.
Armstrong,J et *al.* (20 I 0) Risk equalisation in voluntary health insurance markets. *Health Policy* 98( I): 1-49.
:r for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group. United States (20 I 0).
Colombo F and Tapay N (2004) Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. DECO *health working papers* 15, DELSA/ELSAIWD/HEA(2004)6.
Getzen T (2007) Health economics and financing (3rd edn). Hoboken, NJ:John Wiley.
Hsiao WC (1995) Abnormal economics in the health sector, in Berman P (ed) Health sector reform in *developing* countries. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.
Kongstvedt P (2007) Essentials of managed health care (5th edn). London: Jones & Bartlett.
LaingW and Buisson W (2003) *Private medical insurance:* UK *market report 2003.* London: Laing & Buisson. Sekhri Nand SavedoffW (2005) Private health insurance: implications for developing countries. Bulletin of the *World Health Organization* 83(2): 127-34.
World Health Organization (20 I 0) *World health statistics* 20 *I* 0. Geneva:Worid Health Organization.

### Further reading

Drechsler D and Jutting J (2007) Different countries, different needs: the role of private health insurance in developing countries. *Journal* of *Health Politics, Policy and Law 32(3):497-534*.
Gottret P and Schieber G (2006) Voluntary health insurance, in Gottret P and Schieber G (eds) Health *frnancing revisited: a practitioner's* guide. Washington. DC: The World Bank: 103-21.

# CHAPTER 12

## References


BBC News (20 I 0) *Q&A: US health care reform*, http://news.bbc.co.ukl2/hi/8160058.stm.

Carrin G, Mathauer I, Xu K and Evans DB (2008) Universal coverage of health services: tailoring its implementation, *Bulletin ofWHO* 86:857--63, www.whO.int/bulletin/volumes/86/11/07-049387/en/index.html.

Criel B (1998) Western European social health insurance systems: a two-sided coin? in Nitayarumphong S and Mills A (eds) *Achieving universal coverage* of *health care*. Bangkok: Office of Health Care Reform Project, Ministry of Public Health.

Dixon A, Langenbrunner J and Mossialos E (2004) Facing the challenges of health care financing, in Figueras J, McKee M, Cain J and Lessof S (eds) (2004) *Health* systems *in transition: learning from experience.* Buckingham: Open University Press.

Eklund P and Stavem K (1995) Community health insurance through prepayment schemes in GuineaBissau, in Shaw RP and Ainsworth M (eds) *Financing health services through user* fees *and insurance.* Washington, DC:World Bank.

Ensor T and Cooper S (2004) Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy Plan 19(2):69-79.*

Honda A (20 I 0) Assessing efforts towards universal financial risk protection in low and middle income countries, workshop sponsored by AHPSR, Cape Town.

Kaiser Family Foundation (20 I 0) *Summary* of *new health reform law*, www.kff.org/healthreform/upload/8061. pdf, accessed 27 March 20 I I.

Lyke B (2009) *Health care reform: an introduaion,* congressional Research Service Report for Congress, R40517, *http://assets.opencrs.com/rpts/R40517* _20090729.pdf, accessed 27 March 20 II.

Mcintyre D et *al.* (2008) Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic ofTanzania. *Bulletin ofWHO* 86( II): 817-908.

Mills A (2007) *Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries?* A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Geneva:WHO, www.who. int/social_ determinants/resources/csdh_medialuniversaL coverage_2007 _ en.pdf.

OECD (20 I 0) *DECO tax database* www.oecd.org/ctp/taXdatabase

Ogawa S et al. (2003) Scaling up community health insurance: Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme. Health Policy and Planning 18(3):270-8.

Wagstaff A (2007) Social health insurance reexamined.Washington, Dc:World Bank.

WHO (2005) Achieving universal health coverage: developing the health financing system, WHO/EIP/HSFf PB/05.0 I. Geneva:WHO.

Witter S (2009) Service- and population-based exemptions: are these the way forward for equity and efficiency in health financing in low-income countries? in Grossman M and Lindgren B (eds) Innovations in health system finance in developing and transitional economies.Advances In Health Economics And Health Services Research 21 :25 1-88.

Yepes F (2005) Corruption in the health sector: the Colombian experience, in Nitayarumphong S et al. (eds) What is talked about less in health care reform? Nonthaburi,Thaiiand: National Health Security Office.


## Further reading


Carrin G, Mathauer I, Xu K and Evans DB (2008) Universal coverage of health services: tailoring its implementation, *Bulletin* of WHO 86:857-63, www.whO.intlbulletin/volumes/86111/07-049387/enlindex. html.

Mcintyre D et *al.* (2008) Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic ofTanzania. Bulletin ofWHO 86( II): 817-908.

Schoen C et *al.* (20 I 0) How health insurance design affects access to care and costs, by income, in *eleven* countries. *Health affairs 0862.*

Wagstaff A (2007) *Social health insurance reexamined.* Washington, DC:Worid Bank.

WHO (2005) *Achieving universal health coverage: developing the health financing system,* WHO/EIP/HSFf PB/05.01. Geneva:WHO, Chapters I & 2.

# CHAPTER 13

## References

Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL and Torrance GW (2005) *Methods for the economic evaluation* of *health care programmes.* Oxford: Oxford University Press.
Fox-Rushby J and Cairns J (2005) *Ecomomic evaluation.* Maidenhead: Open University Press.
Howard K, Salkeld G, McCaffery K and Irwig L (2008) HPV triage testing or repeat PAP smear for the management of atypical squamous cells (ASCUS) on PAP smear: is there evidence of process utility! *Health Economics 17:593-605.*
Maynard A (1987) Logic in medicine: an economist's perspective, *British Medical Journal* 295: 1537-41.
Mooney G (1994) *Key issues in health economics.* Exeter: Harvester Wheatsheaf.
Neuhauser D and Lewicki AM (1976) National health insurance and the sixth stool guaiac, *Policy Analysis* 24:175-96.

## Further reading

Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL and Torrance GW (2005) *Methods for the economic evaluation* of *health care programmes.* Oxford: Oxford University Press, Chapters 2 and 3.
Fox-Rushby J and Cairns J (2008) *Ecomomic evaluation.* Maidenhead: Open University Press, Chapters I and 2.
McPake B, Kumaranayake L and Normand C (2002) *Health* economics: *an international perspective.* London: Routledge, Chapter 12.

# CHAPTER 14

## References

Creese A and Parker D (1994) *Cost analysis* in *primary health care:* a *training manual for programme managers.* Geneva:WHO.

Drummond M et *al.* (2005) *Methods for* the economic *evaluation* of *health care programmes.* Oxford: Oxford University Press.

Posnett J and Jan S (1996) Indirect cost in economic evaluation: the opportunity cost of unpaid inputs. *Health* Economics 5: 13-23.

## Further reading

Creese A and Parker D (1994) Cost *analysis* in *primary health care: a training manual for programme managers.* Geneva:WHO.

Drummond M et *al.* (2005) *Methods for* the economic *evaluation* of *health care programmes.* Oxford: Oxford University Press, Chapter 4.

Johns B, Baltussen Rand Hutubessy R (2003) Programme costs in the economic evaluation of health interventions. Cost *Effectiveness and Resource Allocation* 1.1 doi: 10.118611478-7547-1-1.

Palmer S and Raftery J (1999) Opportunity cost. *British Medical Journal* 3 18(7197): 1551-2.

Walker D and Kumaranayake L (2002) Allowing for differential timing in cost analyses: discounting and annualization. *Health Policy and Planning* 17( I): 112-18.

# CHAPTER 15

## References


Brouwer WBF and Koopmanschap MA (2005) The friction-cost method: replacement for nothing and leisure for free? *Pharmacoeconomics* 23(2): 1 05-1 I.
Dolan P, Gudex C, Kind P and Williams A (1996) The time trade-off method: results from a general population study. *Health Economics* 5(2): 141-54.
Drummond MF, Sculpher MJ, O'Brien B and Torrance GW (2005) *Methods for the economic evaluation* of *health care programmes* (3rd edn). Oxford: Oxford Medical Publications.
Fox-Rushby J and Cairns J (2005) *Economic evaluation.* Maidenhead: Open University Press.
Gilson BS et *al.* (1975) The sickness impact profile: development of an outcome measure of health care. *American Journal* of *Public Health* 65: 1304-1 0.
Gray A, Clarke p,Wolstenholme J L and Wordsworth S (20 I I) *Applied methods* of *cost-effectiveness analysis* in *health care.* Oxford: Oxford University Press.
Haddix AC et *al.* (eds) (1996) *Prevention effectiveness: a* guide to *decision analysis and economic evaluation.* Oxford: Oxford University Press.
Harvard University, Institute For Health Metrics And Evaluation at the University of Washington, Johns Hopkins University, University of Queensland and World Health Organization (2009) *Global burden* of *disease study operations manual,* www.globalburden.org/GBD_Study_Operations_Manual_ Jan_20_2009.pdf.
Hunt SM, McEwen J and McKenna SP (1985) Measuring health stats: a new tool for clinicians and epidemiologists.*Journal* of *the Royal College* of *General Practitioners* 35(273): 185--8.
Jansen SJ et *al.* (2000) Unstable preferences: a shift in valuation or an effect of the elicitation procedure? *Medical* Decision *Making* 20( I ):62-71.
Koopmanschap MA and van Ineveld BM (1992) Towards a new approach for estimating indirect costs of disease. *Social* Science *and Medicine* 34(9): 1 005-1 0.
Mathiyazhagan K (1998) Willingness to pay for rural health insurance through community participation in India. *International Journal* of *Health Planning and Management* 13( I ):47-67.
Murray CJ L (1996) Rethinking DALY s, in Murray CJL and Lopez AD (eds) *The global burden* of *disease: a comprehensive assessment* of *mortality and disability* from *diseases, injuries and risk factors* in *1990 and projected* to *2020.* Boston, MA: Harvard University Press.
Murray CJ and Lopez AD (1996) *The global burden* of *disease: a comprehensive assessment* of *mortality and disability* from *diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected* to *2020.* Boston, MA: Harvard University Press.
Onwujekwe 0 et *al.* (2002) Altruistic willingness to pay in community-based sales of insecticide-treated nets exists in Nigeria. *Social Science and Medicine 54(4):519-27.*
Onwujekwe 0 et *al.* (2009) Willingness to pay for community-based health insurance in Nigeria: do economic status and place of residence matter? *Health Policy and Planning* 25(2): 155-61.
Posnett J and Jan S (1996) Indirect costs: valuing unpaid inputs into health care. *Health Economics* 5:13-23.
Rashidi AA,Anis AH and Marra CA (2006) Do visual analogue scale (VAS) derived standard gamble (SG) utilities agree with Health Utilities Index utilities? A comparison of patient and community preferences for health status in rheumatoid arthritis patients. *Health and Quality* of *Life* Outcomes 4:25.
Richardson J et *al.* (1998) The measurement and valuation of quality of life in economic evaluation. Centre for Health Program Evaluation working paper 97,ISSN 13250663.
Ryan M, Gerard K and Amaya-Amaya M (2008) *Using* discrete *choice experiments* to *value health and health care.* The Netherlands: Springer.
Sinnott PL, Joyce VR and Barnett PG (2007) *Preference measurement in economic analysis: guidebook.* Menlo Park, CA: Health Economics Resource Center, http://www.herc.research.va.govlfiles/BOOK_419.pdf.
Smith RD (2007) Contingent valuation in health care: does it matter how the 'good' is described? *Health Economics 17(5):607-17.*
Wiseman V *et al.* (2005) Differences in willingness to pay for amodiaquine+artesunate,amodiaquine+ sulfadoxine-pyrimathamine, artemether-Iumefantrine or monotherapy: experiences from Tanzania. *Bulletin* of *the World Health Organization* 83( II): 845-52.
World Health Organization (2004) *World health report 2004,* http://www.who.intlwhr/2004/en/report04_ en.pdf.

## Further reading

Dolan P (2000) The measurement of health-related quality of life for use in resource allocation decisions in health care, in Culyer AJ and Newhouse JP (eds) *Handbook* of *health economics.* Amsterdam: Elsevier: 1723-60.

Drummond MF, Sculpher MJ, O'Brien B and Torrance GW (2005) *Methods* for *the economic evaluation* of *health care programmes* (3rd edn). Oxford: Oxford Medical Publications, Chapters 5-7.

Fox-Rushby J and Cairns J (2005) *Economic evaluation.* Maidenhead: Open University Press, Chapters 8-12.

Gold MR, Stevenson D and Fryback DG (2002) HALYS and QALYS and DALYS,oh my: similarities and differences in summary measures of population health. *Annual Review* of *Public Health* 23: 115-34.

World Health Organization (2008) *Global burden* of *disease: 2004 update,* www.who.intlhealthinfo/global_ bu rden_ disease/2004_reporcupdate/en/index.html.

# CHAPTER 16

## References


Devlin N and Parkin D (2004) Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis. *Health Economics 13:437-52.*
Drummond MF *et 01.* (2005) *Methods for the economic evaluation* of *health care programmes* (3rd edn).
Oxford: Oxford University Press.
Ganiats TG and Kaplan RM (1996) Priority setting: the Oregon example, in Schwartz FW, Glennerster H and Saltman RB (eds) *Fixing health budgets: experience from Europe and North America.* NewYork:Wiley.
Gerard K and Mooney G (1993) QALY league tables: handle with care. *Health Economics* 2( I ):59-64. Hirth RA *et 01.* (2000) Willingness to pay for a quality-adjusted life year: in search of a standard. *Medical Decision Making 20(3):332-42.*
Hutubessy RC, Baltussen RM,Torres-EdejerTT and Evans DB (2002) Generalised cost-effectiveness analysis: an aid to decision making in health. *Applied Health Economics and Health Policy* 1(2):89-95.
Laupacis A, Feeny D, Detsky AS and Tugwell PX (1992) How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Canadian Medical Association Journal 146(4):473-81.*
Murray CJ, Evans DB,AcharyaA and Baltussen RM (2000) Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. *Health Economics 9(3):235-51.*
World Bank (1993) *World development report 1993.* Washington, DC: Oxford University Press.
World Health Organization (200 I) *Macroeconomics and health: investing in health for economic development,* report of the Commission on Macroeconomics and Health, http://whqlibdoc.who.intl publications/200 1/924 I 54550x.pdf.


## Further reading


Dalziel K, Segal L and Mortimer D (2008) Review of Australian health economic evaluation - 245 interventions: what can we say about cost effectiveness? *Cost Effectiveness and Resource Allocation 20(6):9.*
Hutubessy RC, Baltussen RM,Torres-EdejerTT and Evans DB (2002) Generalised cost-effectiveness analysis: an aid to decision making in health. *Applied Health Economics and Health Policy* 1(2):89-95.
Neumann PJ (2004) Why don't Americans use cost-effectiveness analysis? *American Journal* of *Managed Care* 10(5):308-12.
Williams I, Mciver S, Moore D and Bryan S (2008) The use of economic evaluations in NHS decisionmaking: a review and empirical investigation. *Health Technology* Assessment I 2(7):iii,ix-x, I-I 75.
Yothasamut J, Tantivess Sand Teerawattananon Y (2009) Using economic evaluation in policy decisionmaking in Asian countries: mission impossible or mission probable? *Value Health* 12(Suppl 3):S26-30.

# CHAPTER 17

## References

Dolan P and Olsen JA (200 I) Equity in health: the importance of different health streams. *Journal of Health Economics 20(5):823-34.*
Donaldson C et *al.* (2005) *Economics of health care financing: the visible hand.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.
Jacobs B, Price NL and Oeun S (2007) Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical Medicine and International Health* 12( I I): 1391-40 I.
James C et *al.* (2005) Clarifying efficiency-equity trade-offs through explicit criteria, with a focus on developing countries. *Health Care Analysis* 13( I).
Mcintyre 0, Muirhead 0 and Gilson L (2002) Geographic patterns of deprivation in South Africa: informing health equity analysis and public resource allocation strategies. *Health Policy and Planning* 17(Suppl):3D-9.
Mills A and Ranson K (20 I 0) Design of health systems, in Merson MH, Black RE and MillsA (eds) *International public health.* Sudbury: Jones & Bartlett.
Williams A (1997) Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics* 6(2): I 17-32.

## Further reading

Donaldson C et *al.* (2005) *Economics* of *health care financing: the visible hand.* Basingstoke: Palgrave Macmillan: 85-6.
Jan S et *al.* (2005) *Economic analysis for management and policy.* Maidenhead: Open University Press: 179-98. MilisA and Ranson K (20 I 0) Design of health systems, in Merson MH,Black RE and MillsA (eds) *International public health.* Sudbury: Jones & Bartlett: 5 13-51.
Mooney G and Jan S (1996) And now for vertical equity: some concerns arising from Aboriginal health in Australia. *Health Economics* 5(2):99-104.

# إصـــدارات المـركـز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

## أولاً: الكتب الأساسية والمعاجم والقواميس والأطالس

1 ـ دليل الأطباء العرب (1) — إعداد: المركز

2 ـ التنمية الصحية (2) — تأليف: د. رمسيس عبد العليم جمعة

3 ـ نظم وخدمات المعلومات الطبية (3) — تأليف: د. شوقي سالم وآخرين

4 ـ السرطان المهني (4) — تأليف: د. جاسم كاظم العجزان

5 ـ القانون وعلاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات (دراسة مقارنة للقوانين السارية) (5) — تأليف: د.ك. بورتر وآخرين؛ ترجمة: المـركـز

6 ـ الدور العربي في منظمة الصحة العالمية (6) — إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب

7 ـ دليل قرارات المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة العرب (7) — إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب

8 ـ الموجز الإرشادي عن الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي (8) — تأليف: د. نيكول ثين؛ ترجمة: د. إبراهيم القشلان

9 ـ السرطان: أنواعه ـ أسبابه ـ تشخيصه طرق العلاج والوقاية منه (9) — تأليف: د. عبدالفتاح عطا الله

10 ـ دليل المستشفيات والمراكز العلاجية في الوطن العربي (10) — إعداد: المـركـز

11 ـ زرع الأعضاء بين الحاضر والمستقبل (11) — تأليف: د. عبدالفتاح عطا الله

12 ـ الموجز الإرشادي عن الممارسة الطبية العامة (12) — تأليف: كونراد. م. هاريس؛ ترجمة: د.عدنان تكريتي

13 ـ الموجز الإرشادي عن الطب المهني (13) — تأليف: د. هـ.أ. والدرون؛ ترجمة: د. محمد حازم غالب

14 ـ الموجز الإرشادي عن التاريخ المرضي والفحص السريري (15) — تأليف: روبرت تيرنر؛ ترجمة: د. إبراهيم الصياد

15 ـ الموجز الإرشادي عن التخدير (16) — تأليف: د. ج.ن. لون؛ ترجمة: د. سامي حسين

16 ـ الموجز الإرشادي عن أمراض العظام والكسور (17) — تأليف: ت. دكوورث؛ ترجمة: د. محمد سالم

17 ـ الموجز الإرشادي عن الغدد الصماء (18)
تأليف: د. ر.ف.فلتشر
ترجمة: د.نصر الدين محمود

18 ـ دليل طريقة التصوير الشعاعي (19)
تأليف: د. ت. هولم وآخرين
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية

19 ـ دليل الممارس العام لقراءة الصور الشعاعية (20)
تحرير: د. ب.م.س بالمر وآخرين
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية

20 ـ التسمية الدولية للأمراض (مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية) المجلد 2 الجزء 3 الأمراض المعدية (22)
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية

21 ـ الداء السكري لدى الطفل (23)
تأليف: د. مصطفى خياطي
ترجمة: د. مروان القنواتي

22 ـ الأدوية النفسانية التأثير: تحسين ممارسات الوصف (24)
تحرير: د. عبدالحميد قدس ود. عنايت خان

23 ـ التعليم الصحي المستمر للعاملين في الحقل الصحي : دليل ورشة العمل (25)
تحرير: د. ف.ر.أ بات ود. أ. ميخيا
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية

24 ـ التخدير في مستشفى المنطقة (26)
تأليف: د. مايكل ب. دوبسون
ترجمة: د. برهان العابد
مراجعة: د. هيثم الخياط

25 ـ الموجز الإرشادي عن الطب الشرعي (27)
تأليف: د.ج.جي
ترجمة: د. عاطف بدوي

26 ـ الطب التقليدي والرعاية الصحية (28)
تأليف: د. روبرت هـ. باترمان وآخرين
ترجمة: د.نزيه الحكيم
مراجعة: أ. عدنان يازجي

27 ـ أدوية الأطفال (29)
تأليف: د.ن.د بارنز وآخرين
ترجمة: د. لبيبة الخردجي
مراجعة: د. هيثم الخياط

28 ـ الموجز الإرشادي عن أمراض العين (30)
تأليف: د. ب.د. تريفر ـ روبر
ترجمة: د. عبدالرزاق السامرائي

29 ـ التشخيص الجراحي (31)
تأليف د. محمد عبداللطيف إبراهيم

30 ـ تقنية المعلومات الصحية (واقع واستخدامات تقنية واتصالات المعلومات البعدية في المجالات الصحية)(32)
ترجمة: د. شوقي سالم

| | |
|---|---|
| 31 ـ الموجز الإرشادي عن طب التوليد (33) | تأليف: د. جفري شامبر لين<br>ترجمة: د. حافظ والي |
| 32 ـ تدريس الإحصاء الصحي (عشرون مخططاً تمهيدياً لدروس وحلقات دراسية) (34) | تحرير: س.ك. لوانجا وتشو ـ يوك تي<br>ترجمة: د. عصمت إبراهيم حمود<br>مراجعة: د. عبدالمنعم محمد علي |
| 33 ـ الموجز الإرشادي عن أمراض الأنف والأذن والحنجرة (35) | تأليف: د. ب.د. بول<br>ترجمة: د. زهير عبدالوهاب |
| 34 ـ علم الأجنة السريري (37) | تأليف: د. ريتشارد سنل<br>ترجمة: د. طليع بشور |
| 35 ـ التشريح السريري (38) | تأليف: د. ريتشارد سنل<br>ترجمة: د. محمد أحمد سليمان |
| 36 ـ طب الاسنان الجنائي (39) | تأليف: د. صاحب القطان |
| 37 ـ أطلس أمراض العين في الدول العربية<br>سلسلة الأطالس الطبية (40) | تأليف: د.أحمد الجمل ود. عبداللطيف صيام |
| 38 ـ الموجز الإرشادي عن أمراض النساء (41) | تأليف: جوزفين بارنز<br>ترجمة: د. حافظ والي |
| 39 ـ التسمية التشريحية (قاموس تشريح) (42) | ترجمة: د. حافظ والي |
| 40 ـ الموجز الإرشادي عن توازن السوائل والكهارل (43) | تأليف: د. شيلا ويللاتس<br>ترجمة: د. حسن العوضي |
| 41 ـ الموجز الإرشادي عن المسالك البولية (44) | تأليف: د. جون بلاندي<br>ترجمة: د. محيي الدين صدقي |
| 42 ـ الموجز الإرشادي عن الأمراض النفسية (45) | تأليف: د. جيمس و د. يليس و ج.م. ماركس<br>ترجمة: د.محمد عماد فضلي |
| 43 ـ دليل الطالب في أمراض العظام والكسور<br>سلسلة المناهج الطبية (46) | تأليف: د. فرانك ألويسيو وآخرين<br>ترجمة: د. أحمد ذياب وآخرين |
| 44 ـ دليل المؤسسات التعليمية والبحثية الصحية في الوطن العربي ـ 3 أجزاء (47) | إعداد: المركز |
| 45 ـ التدرن السريري (48) | تأليف: البروفيسور سير جون كروفتن وآخرين<br>ترجمة: د. محمد علي شعبان |
| 46 ـ مدخل إلى الآنثروبولوجيا البيولوجية (49) | تأليف: د. علي عبدالعزيز النفيلي |
| 47 ـ الموجز الإرشادي عن التشريح (50) | تأليف: د. دي.بي. موفات<br>ترجمة: د. محمد توفيق الرخاوي |

| | |
|---|---|
| 48 ـ الموجز الإرشادي عن الطب السريري (51) | تأليف: د. ديفيد روبنشتين و د. ديفيد وين<br>ترجمة: د. بيومي السباعي |
| 49 ـ الموجز الإرشادي عن<br>علم الأورام السريري (52) | تأليف: د. باري هانكوك و د.ج ديفيد برادشو<br>ترجمة: د. خالد أحمد الصالح |
| 50 ـ معجم الاختصارات الطبية (53) | إعداد: المركز |
| 51 ـ الموجز الإرشادي عن طب القلب<br>سلسلة المناهج الطبية (55) | تأليف: د. ج. فليمنج وآخرين<br>ترجمة: د. عاطف أحمد بدوي |
| 52 ـ الهستولوجيا الوظيفية<br>سلسلة المناهج الطبية (56) | تأليف: د. م. بوريسنكو و د. ت. بورينجر<br>ترجمة: أ. عدنان اليازجي |
| 53 ـ المفاهيم الأساسية في علم الأدوية<br>سلسلة المناهج الطبية (57) | تأليف: د. جانيت سترينجر<br>ترجمة: د. عادل نوفل |
| 54 ـ المرجع في الأمراض الجلدية<br>سلسلة المناهج الطبية (58) | تأليف: د. صالح داود و د. عبدالرحمن قادري |
| 55 ـ أطلس الأمراض الجلدية<br>سلسلة الأطالس الطبية (59) | تأليف: د. جيفري كالين وآخرين<br>ترجمة: د. حجاب العجمي |
| 56 ـ معجم مصطلحات الطب النفسي<br>سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (60) | إعداد: د. لطفي الشربيني<br>مراجعة: د. عادل صادق |
| 57 ـ أساسيات طب الأعصاب<br>سلسلة المناهج الطبية (61) | تأليف: د. إ.م.س. ولكنسون<br>ترجمة: د. لطفي الشربيني، و د. هشام الحناوي |
| 58 ـ معجم مصطلحات علم الأشعة والأورام<br>سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (62) | إعداد: د. ضياء الدين الجماس وآخرين<br>مراجعة وتحرير: مركز تعريب العلوم الصحية |
| 59 ـ علم الطفيليات الطبية<br>سلسلة المناهج الطبية (63) | تأليف: د. و. بيك، ود. ج. ديفيز<br>ترجمة: د. محمد خير الحلبي |
| 60 ـ الموجز الإرشادي عن فيزيولوجيا الإنسان<br>سلسلة المناهج الطبية (64) | تحرير: د. جون براي وآخرين<br>ترجمة: د. سامح السباعي |
| 61 ـ أساسيات علم الوراثيات الطبية<br>سلسلة المناهج الطبية (65) | تأليف: د. مايكل كونور<br>ترجمة: د. سيد الحديدي |
| 62 ـ معجم مصطلحات أمراض النساء والتوليد<br>سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (66) | إعداد: د. محمد حجازي وآخرين<br>تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية |
| 63 ـ أساسيات علم المناعة الطبية<br>سلسلة المناهج الطبية (67) | تأليف: د.هيلين شابل وآخرين<br>ترجمة: د. نائل بازركان |
| 64 ـ معجم مصطلحات الباثولوجيا والمختبرات<br>سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (68) | إعداد: د. سيد الحديدي وآخرين<br>تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية |

| | |
|---|---|
| 65 ـ أطلس الهستولوجيا<br>سلسلة الأطالس الطبية (69) | تأليف: د. شو ـ زين زانج<br>ترجمة: د. عبد المنعم الباز وآخرين<br>مراجعة: مركز تعريب العلوم الصحية |
| 66 ـ أمراض جهاز التنفس<br>سلسلة المناهج الطبية (70) | تأليف: د. محمود باكير، د. محمد المسالمة<br>د. محمد المميز، د. هيام الريس |
| 67 ـ أساسيات طب الجهاز الهضمي (جزءان)<br>سلسلة المناهج الطبية (71) | تأليف: د.ت. يامادا وآخرين<br>ترجمة: د. حسين عبدالحميد وآخرين |
| 68 ـ الميكروبيولوجيا الطبية (جزءان)<br>سلسلة المناهج الطبية (72) | تأليف: د. جيو بروكس وآخرين<br>ترجمة: د. عبد الحميد عطية وآخرين |
| 69 ـ طب الأطفال وصحة الطفل<br>سلسلة المناهج الطبية (73) | تأليف: د. ماري رودلف، د. مالكوم ليڤين<br>ترجمة: د. حاتم موسى أبو ضيف وآخرين |
| 70 ـ الموجز الإرشادي عن الباثولوجيا (جزءان)<br>سلسلة المناهج الطبية (74) | تأليف: د.أ.د. تومسون، د.ر.إ. كوتون<br>ترجمة: د. حافظ والي |
| 71 ـ طب العائلة<br>سلسلة المناهج الطبية (75) | تأليف: د. ناصر بوكلي حسن |
| 72 ـ الطبيب، أخلاق ومسؤولية<br>سلسلة الكتب الطبية (76) | تأليف: د. محمد خالد المشعان |
| 73 ـ هاربرز في الكيمياء الحيوية (3 أجزاء)<br>سلسلة المناهج الطبية (77) | تأليف: د. روبرت موراي وآخرين<br>ترجمة: د. عماد أبو عسلي ود. يوسف بركات |
| 74 ـ أطلس أمراض الفم<br>سلسلة الأطالس الطبية (78) | تأليف: د. كريسبيان سكولي وآخرين<br>ترجمة: د. صاحب القطان |
| 75 ـ الموجز الإرشادي عن علم الاجتماع الطبي<br>سلسلة المناهج الطبية (79) | تأليف: د. ديڤيد هاناي<br>ترجمة: د. حسن العوضي |
| 76 ـ دليل المراجعة في أمراض النساء والتوليد<br>سلسلة المناهج الطبية (80) | تأليف: د. إيرول نورويتز<br>ترجمة: د. فرحان كوجان |
| 77 ـ دليل المراجعة في أمراض الكلى<br>سلسلة المناهج الطبية (81) | تأليف: د. كريس كالاهان و د. باري برونر<br>ترجمة: د. أحمد أبو اليسر |
| 78 ـ دليل المراجعة في الكيمياء الحيوية<br>سلسلة المناهج الطبية (82) | تأليف: د.بن جرينشتاين و د.آدم جرينشتاين<br>ترجمة: د. يوسف بركات |
| 79 ـ أساسيات علم الدمويات<br>سلسلة المناهج الطبية (83) | تأليف: د.ف. هوفبراند وآخرين<br>ترجمة: د. سعد الدين جاويش وآخرين |
| 80 ـ الموجز الإرشادي عن طب العيون<br>سلسلة المناهج الطبية (84) | تأليف: د. بروس جيمس<br>ترجمة: د. سرى سبع العيش |

| | |
|---|---|
| 81 ـ مبادئ نقص الخصوبة<br>سلسلة المناهج الطبية (85) | تأليف: د. بيتر برود و د. أليسون تايلور<br>ترجمة: د. وائل صبح و د. إسلام أحمد حسن |
| 82 ـ دليل المراجعة في الجهاز الهضمي<br>سلسلة المناهج الطبية (86) | تأليف: د. سانيش كاشاف<br>ترجمة: د. يوسف بركات |
| 83 ـ الجراحة الإكلينيكية<br>سلسلة المناهج الطبية (87) | تأليف: د. ألفريد كوشيري وآخرين<br>ترجمة: د. بشير الجراح وآخرين |
| 84 ـ دليل المراجعة في الجهاز القلبي الوعائي<br>سلسلة المناهج الطبية (88) | تأليف: د. فيليب آرونسون<br>ترجمة: د. محمد حجازي |
| 85 ـ دليل المراجعة في المكروبيولوجيا<br>سلسلة المناهج الطبية (89) | تأليف: د. ستيفن جليسبي و د. كاترين بامفورد<br>ترجمة: د. وائل محمد صبح |
| 86 ـ مبادئ طب الروماتزم<br>سلسلة المناهج الطبية (90) | تأليف: د. ميشيل سناث<br>ترجمة: د. محمود الناقة |
| 87 ـ علم الغدد الصماء الأساسي والإكلينيكي<br>سلسلة المناهج الطبية (91) | تأليف: فرنسيس جرينسبان و ديفيد جاردنر<br>ترجمة: د. أكرم حنفي وآخرين |
| 88 ـ أطلس الوراثيات<br>سلسلة الأطالس الطبية (92) | تأليف: د. إبرهارد باسرج وآخرين<br>ترجمة: د. وائل صبح وآخرين |
| 89 ـ دليل المراجعة في العلوم العصبية<br>سلسلة المناهج الطبية (93) | تأليف: د. روجر باركر وآخرين<br>ترجمة: د. لطفي الشربيني |
| 90 ـ معجم مصطلحات أمراض الفم والأسنان<br>سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (94) | إعداد: د. فتحي عبدالمجيد وفا<br>مراجعة: د. محمد فؤاد الذاكري وآخرين |
| 91 ـ الإحصاء الطبي<br>سلسلة المناهج الطبية (95) | تأليف: د. جينيفير بيت وآخرين<br>ترجمة: د. نائل عبدالقادر وآخرين |
| 92 ـ إعاقات التعلم لدى الأطفال<br>سلسلة المناهج الطبية (96) | تأليف: د. بيتر بيرك و د. كاتي سيجنو<br>ترجمة: د. عبدالمنعم الباز و أ. سميرة مرجان |
| 93 ـ السرطانات النسائية<br>سلسلة المناهج الطبية (97) | تأليف: د. أحمد راغب<br>تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية |
| 94 ـ معجم مصطلحات جراحة العظام والتأهيل<br>سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (98) | إعداد: د. عبدالرزاق سري السباعي وآخرين<br>مراجعة: د. أحمد ذياب وآخرين |
| 95 ـ التفاعلات الضائرة للغذاء<br>سلسلة المناهج الطبية (99) | إعداد: د. جودث بيترس<br>ترجمة: د. طه قمصاني و د. خالد مدني |
| 96 ـ دليل المراجعة في الجراحة<br>سلسلة المناهج الطبية (100) | تأليف: د. بيرس جراس و د. نيل بورلي<br>ترجمة: د. طالب الحلبي |

97 ـ الطب النفسي عند الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (101)
تأليف: د. روبرت جودمان و د. ستيفن سّكوت
ترجمة: د. لطفي الشربيني و د. حنان طقش

98 ـ مبادئ نقص الخصوبة (ثنائي اللغة)
سلسلة المناهج الطبية (102)
تأليف: د. بيتر برود
ترجمة: د. وائل صبح وآخرين

99 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصـدار الأول حرف A)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (103)
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي

100 ـ دليل المراجعة في التاريخ المرضي
والفحص الإكلينيكي
سلسلة المناهج الطبية (104)
تأليف: د. جونثـان جليـادل
ترجمة: د. محمود الناقة و د. عبدالرزاق السباعي

101 ـ الأساسيات العامة ـ طب الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (105)
تأليف: د. جوديث سوندهايمر
ترجمة: د. أحمد فرج الحسانين وآخـرين

102 ـ دليـل الاختبــارات المعمليـــة
والفحوصات التشخيصية
سلسلة المناهج الطبية (106)
تأليف: د.دنيس ويلسون
ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين

103 ـ التغيـرات العالمية والصحة
سلسلة المناهج الطبية (107)
تحرير: د. كيلي لي و چيف كولين
ترجمة: د. محمد براء الجندي

104 ـ التعرض الأولي
الطب الباطني: طب المستشفيات
سلسلة المناهج الطبية (108)
تأليف: د. تشارلز جريفيث وآخرين
ترجمة: د. عبدالناصر كعدان وآخرين

105 ـ مكافحة الأمراض السارية
سلسلة المناهج الطبية (109)
تحرير: د. نورمان نوح
ترجمة: د. عبدالرحمن لطفي عبدالرحمن

106 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصـدار الأول حرف B)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (B)
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي

107 ـ علم النفس للممرضات ومهنيي
الرعاية الصحية
سلسلة المناهج الطبية (110)
تأليف: د. جين ولكر وآخرين
ترجمة: د. سميرة ياقوت وآخرين

108 ـ التشريح العصبي (نص وأطلس)
سلسلة الأطالس الطبية العربية (111)
تأليف: د. چون هـ ـ مارتن
ترجمة: د.حافظ والي وآخرين

109 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصـدار الأول حرف C)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (C)
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي

110 ـ السرطان والتدبير العلاجي
سلسلة المناهج الطبية (112)
تأليف: روبرت سوهامي ـ جيڤري توبياس
ترجمة: د. حسام خلف وآخرين

111 ـ التشخيص والمعالجة الحالية:
الأمراض المنقولة جنسياً
سلسلة المناهج الطبية (113)
تحرير: د. جيڤري د.كلوسنر وآخرين
ترجمة: د. حسام خلف وآخرين

112 ـ الأمراض العدوائية .. قسم الطوارئ ـ
التشخيص والتدبير العلاجي
سلسلة المناهج الطبية (114)
تحرير: د. إلين م.سلاڤين وآخرين
ترجمة: د. ضياء الدين الجماس وآخرين

113 ـ أسس الرعاية الطارئة
سلسلة المناهج الطبية (115)
تحرير: د. كليڤ ايڤانز وآخرين
ترجمة: د. جمال جودة وآخرين

114 ـ الصحة العامة للقرن الحادي والعشرين
آفاق جديدة للسياسة والمشاركة والممارسة
سلسلة المناهج الطبية (116)
تحرير: د. جودي أورم وآخرين
ترجمة:د. حسناء حمدي وآخرين

115 ـ الدقيقة الأخيرة ـ طب الطوارئ
سلسلة المناهج الطبية (117)
تحرير: د. ماري جو واجنر وآخرين
ترجمة: د. ناصر بوكلي حسن وآخرين

116 ـ فهم الصحة العالمية
سلسلة المناهج الطبية (118)
تحرير: د. وليام هـ . ماركال وآخرين
ترجمة: د. جاكلين ولسن وآخرين

117 ـ التدبير العلاجي لألم السرطان
سلسلة المناهج الطبية (119)
تأليف: د. مايكل فيسك و د. ألين برتون
ترجمة: د.أحمد راغب و د. هشام الوكيل

118 ـ التشخيص والمعالجة الحالية ـ طب الروماتزم ـ
سلسلة المناهج الطبية (120)
تأليف: د. جون إمبودن وآخرين
ترجمة: د. محمود الناقة وآخرين

119 ـ التشخيص والمعالجة الحالية ـ الطب الرياضي
سلسلة المناهج الطبية (121)
تحرير: د. باتريك ماكموهون
ترجمة: د. طالب الحلبي و د. نائل بازركان

120 ـ السياسة الاجتماعية للممرضات والمهن المساعدة
سلسلة المناهج الطبية (122)
تأليف: د. ستيڤن بيكهام و د.ليز ميرابياو
ترجمة: د. لطفي عبد العزيز الشربيني وآخرين

121 ـ التسمم وجرعة الدواء المفرطة
سلسلة المناهج الطبية (123)
تحرير: د. كينت أولسون وآخرين
ترجمة: د. عادل نوفل وآخرين

122 ـ الأرجية والربو
«التشخيص العملي والتدبير العلاجي»
سلسلة المناهج الطبية (124)
تحرير: د. مسعود محمدي
ترجمة: د. محمود باكير وآخرين

123 ـ دليل أمراض الكبد
سلسلة المناهج الطبية (125)
تحرير: د. لورانس فريدمان و د. أميت كيفي
ترجمة: د. عبد الرزاق السباعي وآخرين

124 ـ الفيزيولوجيا التنفسية
سلسلة المناهج الطبية (126)
تأليف: د. ميشيل م. كلوتير
ترجمة: د. محمود باكير وآخرين

125 ـ البيولوجيا الخلوية الطبية
سلسلة المناهج الطبية (127)
تأليف: روبرت نورمان و ديڤيد لودويك
ترجمة: د. عماد أبوعسلي و د. رانيا توما

126 ـ الفيزيولوجيا الخلوية
سلسلة المناهج الطبية (128)
تأليف: د. مورديكاي بلوشتاين وآخرين
ترجمة: د. نائل بازركان

127 ـ تطبيقات علم الاجتماع الطبي
سلسلة المناهج الطبية (129)
تحرير: د. جراهام سكامبلر
ترجمة: د. أحمد ديب دشاش

128 ـ طب نقل الدم
سلسلة المناهج الطبية (130)
تأليف: د. جيفري ماكولف
ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين

129 ـ الفيزيولوجيا الكلوية
سلسلة المناهج الطبية (131)
تأليف: د.بروس كوبن وآخرين
ترجمة: د. محمد بركات

130 ـ الرعاية الشاملة للحروق
سلسلة المناهج الطبية (132)
تأليف: د. ديڤيد هيرنادون
ترجمة: د. حسام الدين خلف وآخرين

131 ـ سلامة المريض ـ بحوث الممارسة
سلسلة المناهج الطبية (133)
تحرير: د. كيرين ولش و د. روث بودن
ترجمة: د. تيسير العاصي

132 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف D)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (D)
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي

133 ـ طب السفر
سلسلة المناهج الطبية (134)
تحرير: د. جاي كايستون وآخرين
ترجمة: د.عادل نوفل وآخرين

134 ـ زرع الأعضاء
دليل للممارسة الجراحية التخصصية
سلسلة المناهج الطبية (135)
تحرير: د. جون فورسيث
ترجمة:د. عبد الرزاق السباعي
د. أحمد طالب الحلبي

135 ـ إصابات الأسلحة النارية في الطب الشرعي
سلسلة المناهج الطبية (136)
تأليف: د. محمد عصام الشيخ

136 ـ «ليڤين وأونيل» القدم السكري
سلسلة المناهج الطبية (137)
تأليف: د. جون بوكر و مايكل فايڤر
ترجمة:د. أشرف رمسيس وآخرين

137 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف E)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (E)
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي

138 ـ معجم تصحيح البصر وعلوم الإبصار
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (138)
تأليف: د. ميشيل ميلودوت
ترجمة: د. سُرى سبع العيش
و د. جمال إبراهيم المرجان

139 ـ معجم «بيلير»
للممرضين والممرضات والعاملين
في مجال الرعايــة الصحيــة
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (139)
تأليف: د. باربرا ـ ف. ويللر
ترجمة: د. طالب الحلبي وآخرين

| | |
|---|---|
| 140 ـ علم أعصاب النوم<br>سلسلة المناهج الطبية (140) | تأليف: د. روبرت ستيكجولد و ماثوي والكر<br>ترجمة: د. عبير محمد عدس<br>و د. نيرمين سمير شنودة |
| 141 ـ كيف يعمل الدواء<br>«علم الأدوية الأساسي لمهنيي الرعاية الصحية»<br>سلسلة المناهج الطبية (141) | تأليف: د. هيو مكجافوك<br>ترجمة: د. دينا محمد صبري |
| 142 ـ مشكلات التغذية لدى الأطفال<br>«دليل عملي»<br>سلسلة المناهج الطبية (142) | تحرير: أنجيلا ساوثال وكلاريسا مارتن<br>ترجمة: د. خالد المدني وآخرين |
| 143 ـ المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية<br>(الإصدار الأول حرف F)<br>سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (F) | إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح<br>إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي |
| 144 ـ المرض العقلي الخطير ـ<br>الأساليب المتمركزة على الشخص<br>سلسلة المناهج الطبية (143) | تحرير: إبراهام رودنيك وديفيد روي<br>ترجمة: د. محمد صبري سليط |
| 145 ـ المنهج الطبي المتكامل<br>سلسلة المناهج الطبية (144) | تأليف: راجا بانداراناياكي<br>ترجمة: د. جاكلين ولسن |
| 146 ـ فقد الحمل<br>«الدليل إلى ما يمكن أن يوفره<br>كل من الطب المكمل والبديل»<br>سلسلة المناهج الطبية (145) | تأليف: جانيتا بنسيولا<br>ترجمة: د. محمد جابر صدقي |
| 147 ـ الألم والمعاناة والمداواة<br>«الاستبصار والفهم»<br>سلسلة المناهج الطبية (146) | تحرير: بيتر ويميس جورمان<br>ترجمة: د. هشام الوكيل |
| 148 ـ الممارسة الإدارية والقيادة للأطباء<br>سلسلة المناهج الطبية (147) | تأليف: جون واتيس و ستيفن كوران<br>ترجمة: د. طارق حمزه عبد الرؤوف |
| 149 ـ الأمراض الجلدية لدى المسنين<br>سلسلة الأطالس الطبية العربية (148) | تأليف: كولبي كريغ إيفانز و ويتني هاي<br>ترجمة: د. تيسير كايد العاصي |
| 150 ـ طبيعة ووظائف الأحلام<br>سلسلة المناهج الطبية (149) | تأليف: د. أرنست هارتمان<br>ترجمة: د. تيسير كايد العاصي |
| 151 ـ تاريخ الطب العربي<br>سلسلة المناهج الطبية (150) | تأليف: د. محمد جابر صدقي |

| | |
|---|---|
| 152 ـ عوائد المعرفة والصحة العامة<br>سلسلة المناهج الطبية (151) | تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح |
| 153 ـ الإنسان واستدامة البيئة<br>سلسلة المناهج الطبية (152) | تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح |
| 154 ـ كيف تؤثر الجينات على السلوك<br>سلسلة المناهج الطبية (153) | تأليف: جوناثان فلنت و رالف غرينسبان<br>و كينيث كندلر<br>ترجمة: د. علي عبد العزيز النفيلي<br>و د. إسراء عبد السلام بشر |
| 155 ـ التمريض للصحة العامة<br>التعزيز والمبادئ والممارسة<br>سلسلة المناهج الطبية (154) | تحرير: بول لينسلي و روزلين كين وسارة أوين<br>ترجمة: د. أشرف إبراهيم سليم |
| 156 ـ مدخل إلى الاقتصاد الصحي<br>سلسلة المناهج الطبية (155) | تحرير: لورنا جينيس و فيرجينيا وايزمان<br>ترجمة: د. سارة سيد الحارتي وآخرين |

# ثانياً: سلسلة الثقافة الصحية

| | |
|---|---|
| 1 ـ الأسنان وصحة الإنسان | تأليف: د. صاحب القطان |
| 2 ـ الدليل الموجز في الطب النفسي | تأليف: د. لطفي الشربيني |
| 3 ـ أمراض الجهاز الحركي | تأليف: د. خالد محمد دياب |
| 4 ـ الإمكانية الجنسية والعقم | تأليف: د. محمود سعيد شلهوب |
| 5 ـ الدليل الموجز عن أمراض الصدر | تأليف: د. ضياء الدين الجماس |
| 6 ـ الدواء والإدمان | تأليف الصيدلي: محمود ياسين |
| 7 ـ جهازك الهضمي | تأليف: د. عبدالرزاق السباعي |
| 8 ـ المعالجة بالوخز الإبري | تأليف: د. لطفية كمال علوان |
| 9 ـ التمنيع والأمراض المعدية | تأليف: د. عادل ملا حسين التركيت |
| 10 ـ النوم والصحة | تأليف: د. لطفي الشربيني |
| 11 ـ التدخين والصحة | تأليف: د. ماهر مصطفى عطري |
| 12 ـ الأمراض الجلدية في الأطفال | تأليف: د. عبير فوزي محمد عبدالوهاب |
| 13 ـ صحة البيئة | تأليف: د. ناصر بوكلي حسن |
| 14 ـ العقم: أسبابه وعلاجه | تأليف: د. أحمد دهمان |
| 15 ـ فرط ضغط الدم | تأليف: د. حسان أحمد قمحية |
| 16 ـ المخدرات والمسكرات والصحة العامة | تأليف: د. سيد الحديدي |
| 17 ـ أساليب التمريض المنزلي | تأليف: د. ندى السباعي |
| 18 ـ ماذا تفعل لو كنت مريضاً | تأليف: د. چاكلين ولسن |
| 19 ـ كل شيء عن الربو | تأليف: د. محمد المنشاوي |
| 20 ـ أورام الثدي | تأليف: د. مصطفى أحمد القباني |
| 21 ـ العلاج الطبيعي للأمراض الصدرية عند الأطفال | تأليف: أ. سعاد الثامر |
| 22 ـ تغذية الأطفال | تأليف: د. أحمد شوقي |
| 23 ـ صحتك في الحج | تأليف: د. موسى حيدر قاسه |
| 24 ـ الصرع، المرض.. والعلاج | تأليف: د. لطفي الشربيني |
| 25 ـ نمو الطفل | تأليف: د. منال طبيلة |
| 26 ـ السِّمنة | تأليف: د. أحمد الخولي |
| 27 ـ البُهاق | تأليف: د. إبراهيم الصياد |

28 ـ طب الطَّوارئ — تأليف: د. جمال جودة
29 ـ الحساسية (الأرجية) — تأليف: د. أحمد فرج الحسانين
30 ـ سلامة المريض — تأليف: د. عبدالرحمن لطفي عبد الرحمن
31 ـ طب السفر — تأليف: د. سلام محمد أبو شعبان
32 ـ التغذية الصحية — تأليف: د. خالد مدني
33 ـ صحة أسنان طفلك — تأليف: د. حبابة المزيدي
34 ـ الخلل الوظيفي للغدة الدرقية عند الأطفال — تأليف: د. منال طبيلة
35 ـ زرع الأسنان — تأليف: د. سعيد نسيب أبو سعدة
36 ـ الأمراض المنقولة جنسياً — تأليف: د. أحمد سيف النصر
37 ـ القثطرة القلبية — تأليف: د. عهد عمر عرفة
38 ـ الفحص الطبي الدوري — تأليف: د. ضياء الدين جماس
39 ـ الغبار والصحة — تأليف: د. فاطمة محمد المأمون
40 ـ الكاتاراكت (السادّ العيني) — تأليف: د. سُرى سبع العيش
41 ـ السمنة عند الأطفال — تأليف: د. ياسر حسين الحصيني
42 ـ الشخير — تأليف: د. سعاد يحيى المستكاوي
43 ـ زرع الأعضاء — تأليف: د. سيد الحديدي
44 ـ تساقط الشعر — تأليف: د. محمد عبدالله إسماعيل
45 ـ سن الإياس — تأليف: د. محمد عبيد الأحمد
46 ـ الاكتئاب — تأليف: د. محمد صبري
47 ـ العجز السمعي — تأليف: د. لطفية كمال علوان
48 ـ الطب البديل (في علاج بعض الأمراض) — تأليف: د. علاء الدين حسني
49 ـ استخدامات الليزر في الطب — تأليف: د. أحمد علي يوسف
50 ـ متلازمة القولون العصبي — تأليف: د. وفاء أحمد الحشاش
51 ـ سلس البول عند النساء (الأسباب ـ العلاج) — تأليف: د. عبد الرزاق سري السباعي
52 ـ الشعرانية «المرأة المُشْعِرة» — تأليف: د. هناء حامد المسوكر
53 ـ الإخصاب الاصطناعي — تأليف: د. وائل محمد صبح
54 ـ أمراض الفم واللثة — تأليف: د. محمد براء الجندي
55 ـ جراحة المنظار — تأليف: د. رُلى سليم المختار
56 ـ الاستشارة قبل الزواج — تأليف: د. ندى سعد الله السباعي
57 ـ التثقيف الصحي — تأليف: د. ندى سعد الله السباعي
58 ـ الضعف الجنسي — تأليف: د. حسان عدنان البارد

59 ـ الشباب والثقافة الجنسية — تأليف: د. لطفي عبد العزيز الشربيني
60 ـ الوجبات السريعة وصحة المجتمع — تأليف: د. سلام أبو شعبان
61 ـ الخلايا الجذعية — تأليف: د. موسى حيدر قاسه
62 ـ ألزهايمر (الخرف المبكر) — تأليف: د. عبير محمد عدس
63 ـ الأمراض المعدية — تأليف: د. أحمد خليل
64 ـ آداب زيارة المريض — تأليف: د. ماهر الخاناتي
65 ـ الأدوية الأساسية — تأليف: د. بشار الجمّال
66 ـ السعــال — تأليف: د. جُلنار الحديدي
67 ـ تغذية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة — تأليف: د. خالد المدني
68 ـ الأمراض الشرجية — تأليف: د.رُلى المختار
69 ـ النفايات الطبية — تأليف: د.جمال جوده
70 ـ آلام الظهر — تأليف: د.محمود الزغبي
71 ـ متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) — تأليف: د.أيمن محمود مرعي
72 ـ التهاب الكبد — تأليف: د.محمد حسن بركات
73 ـ الأشعة التداخلية — تأليف: د. بدر محمد المراد
74 ـ سلس البول — تأليف: د. حسن عبد العظيم محمد
75 ـ المكملات الغذائية — تأليف: د.أحمد محمد الخولي
76 ـ التسمم الغذائي — تأليف: د. عبدالمنعم محمود الباز
77 ـ أسرار النوم — تأليف: د. منال محمد طبيلة
78 ـ التطعيمات الأساسية لدى الأطفال — تأليف: د. أشرف إبراهيم سليم
79 ـ التوحـد — تأليف: د. سميرة عبد اللطيف السعد
80 ـ التهاب الزائدة الدودية — تأليف: د. كفاح محسن أبو راس
81 ـ الحمل عالي الخطورة — تأليف: د. صلاح محمد ثابت
82 ـ جودة الخدمات الصحية — تأليف: د. علي أحمد عرفه
83 ـ التغذية والسرطان وأسس الوقاية — تأليف: د. عبد الرحمن عبيد مصيقر
84 ـ أنماط الحياة اليومية والصحة — تأليف: د. عادل أحمد الزايد
85 ـ حرقة المعدة — تأليف: د. وفاء أحمد الحشاش
86 ـ وحدة العناية المركزة — تأليف: د. عادل محمد السيسي
87 ـ الأمراض الروماتزمية — تأليف: د. طالب محمد الحلبي
88 ـ رعاية المراهقين — تأليف: أ. ازدهار عبد الله العنجري
89 ـ الموسمـان الثقـافيـان الأول والثاني — إعــداد: المركز
90 ـ الموسمـان الثقـافيـان الثالث والرابع — إعــداد: المركز

# ثالثـــاً: مجلة تعريب الطب

| | |
|---|---|
| 1 ـ العدد الأول «يناير 1997» | أمراض القلب والأوعية الدموية |
| 2 ـ العدد الثاني «أبريل 1997» | مدخل إلى الطب النفسي |
| 3 ـ العدد الثالث «يوليو 1997» | الخصوبة ووسائل منع الحمل |
| 4 ـ العدد الرابع «أكتوبر 1997» | الداء السكري (الجزء الأول) |
| 5 ـ العدد الخامس «فبراير 1998» | الداء السكري (الجزء الثاني) |
| 6 ـ العدد السادس «يونيو 1998» | مدخل إلى المعالجة الجينية |
| 7 ـ العدد السابع «نوڤمبر 1998» | الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الأول) |
| 8 ـ العدد الثامن «فبراير 1999» | الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الثاني) |
| 9 ـ العدد التاسع «سبتمبر 1999» | الفشل الكلوي |
| 10 ـ العدد العاشر «مارس 2000» | المرأة بعد الأربعين |
| 11 ـ العدد الحادي عشر «سبتمبر 2000» | السمنة المشكلة والحل |
| 12 ـ العدد الثاني عشر «يونيو 2001» | الچينيوم هذا المجهول |
| 13 ـ العدد الثالث عشر «مايو 2002» | الحرب البيولوچية |
| 14 ـ العدد الرابع عشر «مارس 2003» | التطبيب عن بعد |
| 15 ـ العدد الخامس عشر «أبريل 2004» | اللغة والدماغ |
| 16 ـ العدد السادس عشر «يناير 2005» | الملاريا |
| 17 ـ العدد السابع عشر «نوڤمبر 2005» | مرض ألزهايمر |
| 18 ـ العدد الثامن عشر «مايو 2006» | إنفلونزا الطيور |
| 19 ـ العدد التاسع عشر «يناير 2007» | التدخين: الداء والدواء (الجزء الأول) |
| 20 ـ العدد العشرون «يونيو 2007» | التدخين: الداء والدواء (الجزء الثاني) |
| 21 ـ العدد الحادي والعشرون «فبراير 2008» | البيئة والصحة (الجزء الأول) |
| 22 ـ العدد الثاني والعشرون «يونيو 2008» | البيئة والصحة (الجزء الثاني) |
| 23 ـ العدد الثالث والعشرون «نوڤمبر 2008» | الألم.. «الأنواع، الأسباب، العلاج» |
| 24 ـ العدد الرابع والعشرون «فبراير 2009» | الأخطـاء الطبيـة |
| 25 ـ العدد الخامس والعشرون «يونيو 2009» | اللقاحات.. وصحة الإنسان |
| 26 ـ العدد السادس والعشرون «أكتوبر 2009» | الطبيب والمجتمع |
| 27 ـ العدد السابع والعشرون «يناير 2010» | الجلد..الكاشف..الساتر |
| 28 ـ العدد الثامن والعشرون «أبريل 2010» | الجراحات التجميلية |
| 29 ـ العدد التاسع والعشرون «يوليو 2010» | العظام والمفاصل...كيف نحافظ عليها؟ |
| 30 ـ العدد الثلاثون «أكتوبر 2010» | الكلى ... كيف نرعاها ونداويها؟ |

| العدد | الموضوع |
| --- | --- |
| 31 ـ العدد الحادي والثلاثون «فبراير 2011» | آلام أسفل الظهر |
| 32 ـ العدد الثاني والثلاثون «يونيو 2011» | هشاشة العظام |
| 33 ـ العدد الثالث والثلاثون «نوفمبر 2011» | إصابة الملاعب «آلام الكتف.. الركبة.. الكاحل» |
| 34 ـ العدد الرابع والثلاثون «فبراير 2012» | العلاج الطبيعي لذوي الاحتياجات الخاصة |
| 35 ـ العدد الخامس والثلاثون «يونيو 2012» | العلاج الطبيعي التالي للعمليات الجراحية |
| 36 ـ العدد السادس والثلاثون «أكتوبر 2012» | العلاج الطبيعي المائي |
| 37 ـ العدد السابع والثلاثون «فبراير 2013» | طب الأعماق.. العلاج بالأكسجين المضغوط |
| 38 ـ العدد الثامن والثلاثون «يونيو 2013» | الاستعداد لقضاء عطلة صيفية بدون أمراض |
| 39 ـ العدد التاسع والثلاثون «أكتوبر 2013» | تغير الساعة البيولوجية في المسافات الطويلة |
| 40 ـ العدد الأربعون «فبراير 2014» | علاج بلا دواء ... عالج أمراضك بالغذاء |
| 41 ـ العدد الحادي والأربعون «يونيو 2014» | علاج بلا دواء ... العلاج بالرياضة |
| 42 ـ العدد الثاني والأربعون «أكتوبر 2014» | علاج بلا دواء ... المعالجة النفسية |
| 43 ـ العدد الثالث والأربعون «فبراير 2015» | جراحات إنقاص الوزن: عملية تكميم المعدة ... ما لها وما عليها |
| 44 ـ العدد الرابع والأربعون «يونيو 2015» | جراحات إنقاص الوزن: جراحة تطويق المعدة (ربط المعدة) |



ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE

ACMLS - KUWAIT

# Introduction to Health Economics

**Edited by**

**Lorna Guinness** **Virginia Wiseman**

**Translated by**

**Dr. Sara Sayed Elharty**

**Dr. Marwah Saad Alrakh** **Dr. Dina Mohamed Sabry**

**Revised & Edited by**

**Arab Center for Authorship and Translation of Health Science**

**ARABIC MEDICAL CURRICULA SERIES**

ISBN: 978-99966-34-70-3



ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION
OF HEALTH SCIENCE
(ACMLS - KUWAIT )

P.O. Box 5225, Safat 13053, Kuwait

Tel. : + ( 965 ) 25338610/5338611
Fax. : + ( 965 ) 25338618/5338619

E-Mail: acmls@acmls.org
http:// www.acmls.org

Introduction to Health Economics ISBN-13:978-0-33-524356-3


*Printed and Bound in the State of Kuwait.*



# ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE (ACMLS)

The Arab Center for Authorship and Translation of Health Science (ACMLS) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

**ACMLS** has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.
- Translation of medical researches into Arabic Language.
- Placement of Arabic medical curricula to serve medical and science Institutions and Colleges.

**ACMLS** consists of a board of trustees supervising ACMLS general secretariate and its four main departments. ACMLS is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopeadias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

**ACMLS** is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

# English Summary

## Introduction to Health Economics

Throughout the world, there is growing recognition of the importance of public health to sustainable, safe and healthy societies. Now, there is increasing understanding of the inevitable limits of individual health care and of the complement such services with effective public health strategies. Major improvements in people's health will come from controlling communicable diseases, eradicating environmental hazards, Improving people diets, and enhancing the availability and quality of effective health care.

***Introduction to Health Economics*** an excellent choice for anyone wishing to be introduced to the field of health economics, and it is ideal companion text for students, public health practitioners, policy makers, managers and researches looking for a greater understanding of health economics principles. This book is written in a user-friendly manner, this practical book covers key economic principles, such as supply and demand, healthcare markets, healthcare finance and economic evaluation.

The book has been thoroughly updated with new material reflecting important recent developments and policy shifts such as the rise of performance based funding in health care, the impact and cost of achieving universal health sector.

This engaging book features:

- Extensive use of global example from low, middle and high income countries real case studies and exercises to facilitate the understanding of economic concepts.
- A greater emphasis on the practical application of economic theories and concepts to the formulation of health policy.
- New chapters on macroeconomics, globalization and health and provider payments.
- Extensively revised chapters on demand and supply, markets and economic evaluation.

# Dedications

For John.Thormas and Theo. LG

I would like to dedicate this book to my parents. Kaye and Don. for their enduring support. I also dedicate it to my children. Franklin. Myrtle and Rose who have always reminded me of the importance of play as well as work. Finally, to my husband. Steve. who has the patience of a saint. VW

# Acknowledgements

This second edition has been fully updated and revised by editors Lorna Guinness and Virginia Wiseman. Open University Press and the London School of Hygiene & Tropical Medicine would like to acknowledge the invaluable contribution of the authors of the previous edition of this textbook, David Wonderling, Nick Black and Reinhold Gruen, as well as others who laid the foundations for this new work. Reinhold Gruen originally wrote chapter 9 'The changing world of health care finance' (which has now been updated by Lorna Guinness) and chapter II 'Private health insurance' (since updated by Sachiko Ozawa). A number of activities, diagrams and short passages of text have been retained from the first edition.

The editors and authors would like to thank Alec Miners,TazioVanni,Arnab Acharya, Rosa Legood and Stephen Jan for their exhaustive reviews of the chapters and exercises; Richard Smith for reviewing the entire book; Nicki Thorogood and Ros Plowman for their reviews and support throughout the preparation of the book; Dominic Forrest and his team for seeking out copyright permissions; and Mylene Lagarde, Sachi Ozawa, Jo Borghi, Shunmay Yeung, Kristian Hansen and Damian Walker for their authorship of individual chapters.

We would also like to acknowledge UNICEF for their kind agreement to publish extracts and exercises developed for the LSHTM/UNICEF short course 'Health Policy and Financing:Achieving Results for Children'.

Open University Press and the London School of Hygiene & Tropical Medicine have made every effort to obtain permission from copyright holders to reproduce material in this book and to acknowledge these sources correctly.Any omissions brought to our attention will be remedied in future editions.

We would like to express our grateful thanks to the copyright holders for granting permission to reproduce material in this book from the following sources.

Anderson G and Squires D (2010). Measuring the U.S. health care system: A cross-national comparison. *Issues in International Health Policy*, 1412 (90): 1-9. By permission of The Commonwealth Fund.

'A Handbook for the Economic Analysis of Health Sector Projects' by the Asian Development Bank in 2000. By permission of the Asian Development Bank.

http://bookcoverarchive.com/

Borren P and Sutton M (1992). Are increases in cigarette taxation regressive? *Health Economics* 1: 245-53. Reproduced by kind permission of John Wiley & Sons Ltd.

CIVITAS (2009). Markets in Health Care; the theory behind the policy, http://www.civitas.org.uk/nhs/download/Civitas_Markets_in_healthcare_Dec09 .pdf

Colombo F and Tapay N (2004). Private Health Insurance in OECD Countries:

The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, *OECD Health Working Papers*, No. IS, http://dx.doi.org/l0.1787/527211067757

Donaldson C, Gerard K et al. (2005). *The Economics of Health Care Financing. The Visible Hand.* By permission of Palgrave Macmillan.

Drummond M, O'Brien B et al. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes.* By permission of Oxford University Press.

Fox-Rushby J and Cairns J. *Economic Evaluation.* Open University Press: Berkshire, England.

The Global Samaritans (Figure 13.1)

Green M (2007). *The Economics of Health Care.* London, Office of Health Economics.

Jacobs B, Price NL and Oeun S. (2007) Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical Medicine and International Health* 12(11): 1391-140 I. Reproduced by kind permission of Wiley and Sons Ltd.

Mcintyre D, Muirehead 0 and Gilson L (2002). Geographic patterns of deprivation in South Africa: informing health equity analysis and public resource allocation strategies. *Health Policy and Planning* 17(Suppl): 30-39. By permission of Oxford University Press.

Mills A and Ranson K (2010). Design of health systems. In: MH Merson, RE Black and Mills A, International *Public Health.* Reproduced by kind permission of Jones and Bartlett Learning, UK.

Murray C and Frenk J (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organisation* 78(6): 717-31. By permission of the World Health Organisation.

Palmer S and Torgerson DJ (1999). Definitions of efficiency. *BMJ* 3 18: 1136.

Simon JL, Larson BA, Zusman A and Rosen A (2002). How will the reduction of tariffs and taxes. on insecticide-treated bed nets affect household purchases? *Bulletin of the World Health Organisation* 80(11): 892-9.

Smith RD (2006). Trade in health services: current challenges and future prospects of globalisation. In: AM Jones (ed.) *Elgar Companion to Health Economics*, chapter 16. By Permission of Edward Elgar.

Wensing M, van den Hombergh P et *al.* (2006). Physician workload in primary care: What is the optimal size of practices? A cross-sectional study. *Health Policy* 77: 260-67. By permission of Elsevier Press.